



INTEGRAÇÃO FAMILIAR OU INSTITUCIONALIZAÇÃO

Isabel Maria Pires

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação
Instituto Politécnico de Bragança
Para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social

Orientadora: Dr.^a Carla Isabel Pedroso de Lima da Conceição

Bragança

Fevereiro 2013



INTEGRAÇÃO FAMILIAR OU INSTITUCIONALIZAÇÃO

Isabel Maria Pires

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação
Instituto Politécnico de Bragança
Para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social

“Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

Orientadora: Dr.^a Carla Isabel Pedroso de Lima da Conceição

Bragança

Fevereiro, 2013

Tema:” Integração Familiar ou Institucionalização”

ÍNDICE:	ii
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	Vi
ÍNDICE DE DESIGNAÇÕES	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	1
1- Enquadramento e objetivos	1
 CAPITULO I	
 1. O IDOSO	5
1.1. Ciclo de Vida: Terceira Idade	5
1.2. Com quem vivem os idosos	8
1.3. Doenças incapacitantes	8
1.4. O idoso e a preservação da sua Identidade	10
1.5. A Qualidade de vida nos Idosos	11
2. CUIDADORES INFORMAIS	12
2.1. O Cuidador Informal	12
2.2. Abordagem Histórica da Família	16
2.3. A Relação familiar a Nível Sistémico	19
2.4. Os apoios existentes na díade relacional inter e extra familiar	19
2.5. A dependência dos idosos e o papel do cuidador	22
2.6. Transtornos familiares e a dependência do idoso	24
2.7. Análise legislativa dos apoios ao cuidador informal e ao idoso	26
3. INSTITUCIONALIZAÇÃO E OS CUIDADOS FORMAIS	27
3.1. Institucionalização e as suas implicações	27
3.2. Benefícios da não institucionalização	30
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E NORMATIVOS LEGAIS	32
4.1. Políticas sociais/ familiares integradas e Ação concertada	34

CAPITULO II

5. ESTUDO PRÁTICO	37
5.1. Problematização	37
5.2. Pergunta de partida e Objeto de Estudo	38
5.3. Participantes e Instituição Parceira	38
6. METODOLOGIA	38
6.1. Tipo de estudo	38
6.2. Participantes idoso e cuidadores	40
6.3. Instrumentos de recolha de dados	42
• Construção dos instrumentos / Categorias de análise	42
6.4. Quadro Analítico Tratamento Entrevistas	43
6.4. Procedimento e aplicação	45
6.5. Análise Dados	46
6.7. Apresentação dos dados	48
6.7.1. Questionário	48
6.7.2. Discussão dos resultados	75
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
BIBLIOGRAFIA ACESSÓRIA	86
ANEXOS	
Anexo I - Quadros I – Análise de dados das entrevistas a utentes e cuidadores	90
Anexo II - Análise de dados das entrevistas a utentes e cuidadores	113
Anexo III - Tratamento de dados – “Entrevistas”	114
Anexo IV - Tratamento de dados – “ Ficha avaliação sénior - Institucionalizados”	129
Anexo V - Tratamento de dados – “Caracterização dos elementos do agregado familiar”	131
Anexo VI - Tratamento de Dados “ Escala / Questionário (adaptado) de Avaliação sócio familiar de Gijón”	132
Anexo VII - Ficha de avaliação sénior	133
Anexo VIII - Ficha de avaliação sénior – Domicílio	135

Anexo IX - Caracterização dos Elementos do Agregado Familiar do Idoso Dependente – Domicílio	137
Anexo X - Escala/Questionário (Adaptada) de Avaliação Sócio Familiar de Gijón – Domicílio	138
Anexo XI - Guião da entrevista	139
Anexo XII - Consentimento informado para a pesquisa em Educação Social, “Integração Familiar ou Institucionalização”	141
Anexo XIII - Ficha de Avaliação	142
Anexo XIV - Autorização da ARS-Norte	143
Anexo XV - Autorização do Centro de Saúde de Santa Maria	144

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração I - Preços RNCCI - Ano 2011	14
Ilustração II - Preços RNCCI - Ano 2011	14
Ilustração III - Acordos de cooperação MTSS/IPSS	28
Ilustração IV - Protocolo de Cooperação 2004	29
Ilustração V - Despesas Com Sistema de Ação Social	29
Ilustração VI - Determinantes do Envelhecimento Ativo	35
Ilustração VII - Regime geral contributivo	56
Ilustração VIII - Pensionista/ Idade - Montante	56
Ilustração IX - Grau de Dependência aumenta	56

INDICE DE GRÁFICOS

Quadro I - Quadro Analítico Tratamento Entrevistas	44
Quadro II – Participantes Idosos e cuidadores	41
Quadro III – Participantes do estudo	41
Quadro IV- Participantes no estudo nos resultados apresentados	42
Quadro V – Procedimento e aplicação	45
Gráfico I - Grupo Etário - Domicilio	48
Gráfico II - Grupo Etário/ Sexo/Dependência Instituição	48
Gráfico II- Idade do Agregado familiar (cuidados Informais/ formais) - Domicilio	50
Gráfico IV - Idades do agregado familiar (cuidadores Informais/ Formais)	50
Instituição	
Gráfico V - Nível de Consciência. Domicilio	51
Gráfico VI - Avaliação cognitiva. Domicilio	52
Gráfico VII - Nível de Consciência - Instituição	52
Gráfico VIII - Avaliação Cognitiva - Instituição	53
Gráfico IX - Avaliação Motora - AVD - Domicilio	54
Gráfico X - Nível de Consciência - AVD - Domicilio	54
Gráfico XI - Nível de Consciência - AVD - Instituição	55
Gráfico XII - Avaliação motora - AVD - Instituição	55
Gráfico XIII - Higiene e conforto - Domicilio	59
Gráfico XIV - Higiene e Conforto - Instituição	59
Gráfico XV - AVD - Vestir e despir Domicilio	59
Gráfico XVI - AVD - Vestir e despir - Instituição	60
Gráfico XVII - AVD – Alimentação - Domicilio	62
Gráfico XVIII - AVD - Alimentação - Instituição	62
Gráfico XIX - AVD- Ventilação - Domicilio	63
Gráfico XX - AVD- Ventilação - Instituição	63
Tabela I - Escala Gijón- Domicilio	76
Tabela II- Escala Gijón- Instituição	76

ÍNDICE DE DESIGNAÇÕES

ACES - Agrupamento Centro de Saúde de Alto Trás – os- Montes – 1,Nordeste

AD – Apoio Domiciliário

ADI – Apoio Domicilio Integrado

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CD – Centro de Dia

CNIS- Confederação Nacional das Instituições Sociais

CSSCL- Instituição Parceira na Investigação

DA – Demência de Alzheimer

DGS – Direção Geral de Saúde

GEP – Gabinete Estratégia e Planeamento

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LA – Lar de Apoio

LR – Lar Residencial

MTSS – Ministério do trabalho e Solidariedade Social

RESSAA - Regime Especial de Segurança Social das Atividades Agrícolas

SAD – Serviço de Apoio ao Domicilio

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UAI – Unidade Apoio Integrado

RESUMO

Este estudo realizado no concelho de Bragança teve como ponto de partida investigar a situação de “Integração familiar ou Institucionalização” de idosos e tentar clarificar a necessidade ou não de institucionalizar: esta verificava-se apenas por impossibilidade dos familiares cuidarem do idoso, tendo como fatores impulsionadores da institucionalização: a saúde as relações sociais e familiares, o isolamento e condições económicas. Concluimos também que o Idoso permanece no domicílio por vontade dos cuidadores e a não-aceitação da institucionalização.

Foram objeto de indagação, na família e em instituições, os cuidados que eram prestados ao idoso, as dificuldades sentidas, que tipo de apoios formais e informais eram prestados pelos serviços públicos, pela rede de apoio familiar /social e pelas relações de vizinhança, nas Atividades de Vida Diária (AVD).

Pudemos concluir que o nível de conforto proporcionado ao idoso, em muitos casos, pode estar relacionado com o nível económico, cultural e formação humana das famílias de proveniência. A localização do domicílio, num meio citadino ou rural e os apoios disponíveis pelos serviços públicos e privados, nessa localidade, também influenciam o tratamento dos mais velhos.

Os idosos institucionalizados mantêm uma vida moderadamente ativa participando na realização das suas tarefas diárias, convivendo com amigos e familiares. Enquanto no domicílio, o grupo de relações é restrito aos cuidadores e familiares.

Por sua vez, concluimos que, no domicílio, predomina o sexo masculino como cuidador principal, com o estatuto de solteiros, mantendo-se dessa forma na residência dos progenitores, assumindo todas as responsabilidades inerentes ao bem-estar da pessoa idosa. Verificámos que na instituição a mulher prevalece como cuidador formal.

Não se pode generalizar e classificar como modelo único o tratamento dado ao idoso institucionalizado ou no meio familiar. Acentua-se a heterogeneidade dos casos que envolvem relações familiares, sociais e económicas diversificadas, exige o conhecimento individual e as relações nos sistemas familiares envolventes.

O estudo fundamenta-se numa parte teórica e noutra empírica tendo como base a metodologia qualitativa, com recurso a alguma análise de dados quantitativos, enriquecendo dessa forma a pesquisa, dando-nos a conhecer o nível de bem-estar, debilidade, apoio formal / informal e risco social.

ABSTRACT

This study conducted in the municipality of Bragança took as a starting point to investigate the situation of "Family integration or institutionalization" of the elderly and try to clarify the need to institutionalize or not: this was only true for the inability of the family to take care of the elderly, with the drivers of institutionalization factors: health, social and family relationships, isolation and economic conditions, we also concluded that the elderly remain at home for ease of caregivers and non-acceptance of institutionalization.

Were the object of inquiry, in the family and in institutions, the care that was provided to the elderly, the difficulties, what kind of formal and informal support were provided by public services, the family support network / social relations and the neighborhood, in the Activities of Daily Living (ADL).

We concluded that the level of comfort provided to the elderly, in many cases, can be related to the economic, cultural and human formation of families of origin. The location of the home, in a city or rural environment and support is available for public and private services, this location also influence the treatment of older people. The institutionalized elderly maintain a moderately active life participating in carrying out their daily chores, spending time with friends and family. While at home the group is restricted to relationships and family caregivers. In turn we conclude that prevails at home with a male primary caregiver, with the status of single persons, thus keeping the residence of the parents, assuming all responsibilities of the welfare of the elderly. We found that a woman in the institution prevails as caregiver.

You cannot generalize and classify unique model as the treatment of the institutionalized elderly in the family or emphasis is the heterogeneity of cases involving family relationships, social and economic diversified individual requires knowledge, relationships and engaging in family systems. The study is based on a theoretical and empirical another based on a qualitative methodology, using some quantitative data analysis, thereby enriching the research, giving us to know the level of well-being, weakness, formal support / informal and social risk.

INTRODUÇÃO

1- Enquadramento e objetivos

A demográfica humana apresenta nas sociedades ocidentais um crescente envelhecimento das populações relativamente aos jovens, que resultará numa redução da população Portuguesa no ano de 2047 para 9,5 milhões de habitantes, refletindo-se por sua vez na redução da população jovem para 13%, enquanto a população idosa se situará em 31,3% (240 idoso por cada 100 jovens). O índice de envelhecimento, em 1990, correspondia a 65,7% e em 2009 a 116,5%, aumentando a dependência dos idosos de 20,3% para 26,5%, no mesmo período. A baixa taxa de natalidade e a crescente longevidade não permite que haja um equilíbrio entre gerações, colocando em causa a sustentabilidade e a dinâmica económica do sistema social, acrescendo a necessidade de criar estruturas e meios de apoio a nível da saúde, cuidados e bem-estar a prestar aos idosos, em meio institucional e familiar, (INE, 2010, cit. in. Pimentel & Albuquerque, 2010, p.255).

Sendo que os cuidados aos idosos e a devida proteção tomam relevância na segunda metade do séc. XX, dando lugar a uma preocupação sociopolítica nas sociedades ocidentais. Isto porque também aumentam as patologias múltiplas, assim como as doenças crónicas incapacitantes, estando estas associadas à longevidade e a esperança de vida, alterando dessa forma o tipo de cuidados a serem prestados, a necessidades de apoio é sentida em simultâneo pelo idoso e cuidador. Perante estes factos Sequeira, (2007), diz-nos que os internamentos dos idosos não são prolongados a nível hospitalar pois os serviços estimulam o regresso à sua habitação traduzindo-se na necessidade de permanecer muitas vezes, com carências a nível apoio para a prestação de cuidados, (Imagínario, 2008, Cit. in. Pimentel & Albuquerque, 2010 p.255)

A melhoria das condições de vida a nível das estruturas sócio sanitárias, capacidades económicas e integração social, proporcionaram uma maior longevidade que, por sua vez, se reflete no envelhecimento demográfico da população, criando novas necessidades relativamente à população em causa, a nível de serviços sociais e saúde, (Imerso, 2004, cit. in. Cunha, 2007 p.5).

Atualmente, a política nacional e internacional, é de apoiar as famílias para que cuidem dos seus idosos. Esta prática exige que seja dada formação ao cuidador, pelos diversos agentes sociais, para que este desempenhe a tarefa com eficiência. Paralelamente, é

indispensável aprofundar o conhecimento das vantagens e desvantagens da permanência do idoso em contexto institucional e em contexto familiar.

Deve apostar-se nos serviços para dar apoio à família para evitar a institucionalização: “ a família é o suporte emocional e social por excelência e possui um papel valioso na prestação de cuidados”, (Pimentel, 2001 cit. in. Imaginário, 2008,p.14).

O mesmo autor refere que a permanência do idoso no seu habitat transmite-lhe segurança, conforto e bem – estar . Enquanto a institucionalização em Lar é uma experiência angustiante, dando relevo ao facto dos idosos mesmo debilitados a necessitar de cuidados preferem viver no seu meio familiar e social, (Pimentel,2001 Cit.in. Imaginário, 2008 p.109).

Nos grupos etários mais jovens surgem esteriotipos, são criadas barreiras artificiais traduzidas no preconceito irracional da não aceitação dos mais velhos e do envelhecimento. Este comportamento “velhicista,” pode potenciar à pessoa que o pratica a propensão de se transformar naquilo que rejeita, porque ela própria se tornará velha e dificilmente tratará de idosos ou fará sobre os adultos qualquer estudo, ou pesquisa, visto não aceitar o envelhecimento (Stuart-Hamilton, 2002, p.186).

(Winter, Bouldin e Andresen, 2010, p.18 cit. In. Andrade 2009, p.13) apresenta as razões que antecedem a escolha do cuidador e, em 54% da amostra, ligavam-se com os seguintes fatores: dependência financeira; ato familiar por tradição; não pretender a institucionalização, por parte do idoso; o nível de saúde e não-aceitação da institucionalização, por parte da família., no seu estudo acresce aos critérios de escolha atrás mencionados: o sentimento de uma promessa familiar, o facto de manter o estado civil de solteiros, a situação de desempregado ou reformado do cuidador e respeitar a vontade do idoso.

(Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010,p.132), confirmam o facto de o cuidador manter um sentimento relativamente, a este papel, de dever/obrigação ou meramente, um ato de caridade ou de gratidão/ retribuição.

Os principais *benefícios, fontes de satisfação*, que ocorrem no cuidado informal relativamente, ao idoso dependente, estão confrontados: com o género do cuidador, o tempo e duração do cuidado informal, a coabitação com o idoso, traduzindo-se em sentimentos de ordem psicológica e sócio - afetiva. Salientando-se ainda, a satisfação pessoal, sentimento de dever cumprido, o desassossego exteriorizado pelos familiares

relativamente ao cuidador; a serenidade pela circunstância do idoso estar bem cuidado, reforçando os laços afetivos, (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010, p. 135).

CAPITULO I

1. O IDOSO

1.1. Ciclo de vida: Terceira Idade

O período da vida humana designada de terceira idade subdivide a sua classificação segundo os anos vivenciados designando-os de: idosos **jovens entre os 60 e 75 anos e idosos velhos referindo-se** a qualquer pessoa mais velha do que isso (ou “velhos jovens” e “velhos velhos”), variando de autor para autor, do meio envolvente em que está inserido, o tipo de categorização. A “terceira idade” refere-se a um estilo de vida ativo e independente, a “quarta idade” a um período (final) de dependência em relação aos outros, (Start - Hamilton, 2002, p. 21).

Estes termos foram bem acolhidos por não possuírem um sentido pejorativo que certas pessoas atribuem ao termo “velho” ou “idoso”. O termo terceira idade está relacionado com a ajuda que um ser humano necessita de receber dos outros, (Start - Hamilton, 2002, p.21)

Quando pensamos em idade associamos de imediato à idade cronológica, o tempo que decorreu desde que nascemos. A idade cronológica é importante e trata-se de um método simples de organização dos acontecimentos, defendendo também que é necessário socorrer-nos de outros índices para podermos perceber o comportamento e a forma como se processa à medida que vamos envelhecendo, (Fonseca, 2006, p.23).

Para Birren e Schroots (1996), citados por Fonseca (2006, p. 23), a questão centra-se noutros fatores, tomando a idade como uma variável independente primária, e outras variáveis tomadas como variáveis dependentes secundárias (autonomia, competência, saúde e outras), aplicando-se outras variáveis que se relacionam as mudanças, condições sociodemográficas, ambientais, psicossociais, estilo de vida.

A *idade biológica* referencia os sistemas vitais do organismo humano, e considera os problemas de saúde que atingem o indivíduo, em que o poder de auto-regulação diminui com o tempo (Fonseca, 2006, p.24).

A *idade psicológica*: Refere-se às capacidades psicológicas, adaptando-se às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras capacidades que suportam o controlo pessoal e auto-estima, (Fonseca, 2006, p.24).

Idade sociocultural : refere-se aos papéis sociais que os indivíduos elegem relativamente a outros membros da sociedade, à cultura a que pertencem, idade essa que é ditada pelos comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoais, (Fonseca, 2006, p.24).

(Fernández – Ballesteros, 2000, p. 40 Cit in Fonseca, 2006, p.26). , apresenta a idade em duas perspetivas a idade psicológica e a social, estando ambas correlacionadas: “idade psicológica considerado um estereótipo comum, que distingue o idoso do jovem pela rigidez da sua personalidade”; no que se refere à idade social, “a velhice é regulada pela entrada na reforma”, atribuindo a este facto a entrada na velhice, interferindo com a auto-estima do indivíduo.

Segundo o ditado popular “de velho se torna a menino”, outra ideia muito utilizada é que a velhice corresponde a uma “segunda infância”, traduzindo-se em infantilização, dependência, e diminuição da responsabilidade individual dos idosos, reduzindo dessa forma o seu estatuto social.

(Hoffman, P. H., 1994, p.509 cit.in. Fonseca, 2006, p.27-28) diz-nos que “A visão de que as pessoas idosas são no mínimo incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para descriminá-las, ignorá-las, ou mesmo levá-las a sério”. Este tipo de classificação das pessoas idosas leva a consolidar na literatura anglo-saxónica que designa de *idadismo* (“ageism”), ou seja, estereótipo, preconceito ou discriminação fundados na idade, neste caso face a pessoas idosas, atitude que permanece e que influencia o modo como olhamos as pessoas idosas e como nos comportamos face às mesmas.

A velhice deve ser entendida como o conceito que cada sociedade atribui a esta fase da vida, e inserida numa dada época histórica. Nas antigas sociedades camponesas e de cultura oral, atendia-se ao processo de herança, que valorizava o parentesco, o cuidado, a autoridade dos mais velhos, sendo apoiado pelo filho mais velho até a morte, assumindo posteriormente o património familiar. O acesso à herança previa que os herdeiros cuidassem dos progenitores. Com as alterações económicas e as reformas este sistema de segurança na velhice foi posto em causa, assim como a transmissão de saber deixou de ser oral, retirando aos idosos o poder de sabedoria acumulada ao longo da vida (Fonseca, 2006, p. 60).

Alguns estereótipos em relação aos idosos são: “Na velhice é tempo de descansar, existe uma deterioração da saúde física e mental, não são capazes de aprender coisas novas”,

outro dos estereótipos é que na terceira idade existe uma homogeneidade entre os idosos, necessidades e características idênticas, cujo processo de envelhecimento é semelhante, (J.L.Vega Vega, s.d., p. 58).

Enquanto que na concepção popular é caracterizada pela homogeneidade, na concepção científica caracteriza-se pela heterogeneidade e pelas diferenças entre os indivíduos em que a diversidade é maior que noutras idades. Na terceira idade as diferenças encontram um ponto máximo. À medida que a esperança de vida aumenta criam-se subgrupos de idosos em que as diferenças entre si são muito maiores, (J.L.Vega Vega, s.d., p.58).

Do ponto de vista biológico não existe uma linha divisória entre desenvolvimento e envelhecimento, existindo dois fenómenos que não têm razões para coincidir: declínio fisiológico e existência de doenças, podendo falar-se de envelhecimento fisiológico sem enfermidades, (Osório & Ccoord, 2007, p. 12).

De qualquer forma torna-se visível que o envelhecimento humano predispõe a limitações de capacidades funcionais devido à trajetória de tempo vivido, tal como em qualquer organismo vivo, desde que essas limitações não impeçam o desenvolvimento de uma vida plena, o mesmo se passa nas restantes idades: por um lado, diminuição e declínio por outro, a vida como empreendimento pessoal e bibliográfico, culmina na velhice, atingindo o seu apogeu, quando nesse período ainda lhes for possível continuar a construir a vida pessoal, desde que o idoso ainda planeie o seu futuro, (Osório & Ccoord, 2007, p. 12).

Segundo a teoria psicológica, o ciclo vital, durante o percurso de vida baseia-se num equilíbrio feito de ganhos e perdas. Durante a velhice as perdas e declínio decorrem em maior proporção do que o crescimento, embora exista uma capacidade de reserva de uma vida. A capacidade de reserva permite-lhes compensar: o declínio através de exercícios, terapias ou manipulações externas. A heterogeneidade entre os idosos assume três formas de envelhecer: normal, patológica e bem sucedida. Esta última pode ser diligenciada através de mecanismos de seleção, otimização e compensação, (Osório & Ccoord, 2007, p. 13).

Quando expostos a estimulação e em contacto com recursos culturais e educativos durante a idade adulta a velhice reduz quantitativamente o declínio intelectual, (Schaie, 1994, cit.in. Osório & Coord, 2007, p. 61). A diferença de tempo na manifestação de alzheimer é de quatro a cinco anos, retardando ao nível de educação formal e fazendo-

se notar mais cedo, nas pessoas com um nível mais baixo de educação formal , (Katzman, 1993, cit. in. Osório & Coord, 2007. P. 61).

1.2. Com quem vivem os idosos

Estima-se que, entre 4 e 5 % dos idosos vivem em residências séniores no entanto, a maioria deles preferem continuar a viver na sua própria habitação ou em casa de algum filho. Uma das alternativas a esta situação é a escolha de uma instituição que lhe proporcione todos os cuidados e serviços, na sua própria habitação. A decisão, normalmente, está dependente do estado de saúde, situação económica e da coabitação de algum familiar ou conjuge junto do idoso. As instituições, por sua vez, condicionam as relações entre pais e filhos e restante família, (J.L.Vega Vega, s.d, p. 48)

Os idosos preferem viver sósinhos mas perto dos filhos, querem manter a sua independência e privacidade o máximo de tempo possível, evitando a interferência dos filhos e potenciais conflitos com eles. A razão que os leva a viver com os filhos ou outros familiares são a pouca saúde e problemas económicos. Facilitando dessa forma a interação multigeracional e a ajuda diária, assegurando assim os contactos entre os membros da família, não cooperando necessariamente para a qualidade de vida , nem para o estreitamento de relações de afetividade. Os idosos que não vivem junto dos seus filhos apresentam satisfação com a vida e são tão felizes como aqueles que vivem com eles, (J.L. Veja Veja , s.d. , p. 49).

1.3. Doenças incapacitantes

Segundo o SNS - Sistema Nacional de Saúde as doenças crónicas que mais atingem os idosos são o défice visual, défice auditivo e a doença oral. A não valorização e tratamento destas patologias contribui para um maior isolamento, uma má nutrição , reflectindo-se no seu equilíbrio bio-psico-social. Tendo como doença crónica degenerativa mais comum nos idosos o Parkinson com uma prevalência de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos, (Direção Geral de Saúde, 2004, p.10).

A demência de Alzheimer aumenta tendencialmente com a idade , de 1% aos 65 anos , para 30% aos 85 anos , duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos, a incidência é maior no sexo feminino, que sobrevive mais tempo que o sexo masculino.

Relativamente ao acidente vascular cerebral a prevalência é de 3% aos 65 anos e de 30% aos 85 anos , sendo uma das mais importantes causas de morte e deficiência na União Europeia. As doenças cardiovasculares crescem em 30% , o risco de desenvolver demência, incluindo Alzheimer ,(Direcção Geral de Saúde,13, 2004, p. 10)

As principais causas de morte em Portugal depois dos 64 anos , em ambos os sexos, são as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, (Direcção Geral de Saúde,13, 2004, p.10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a doença de Alzheimer define-se como:

«Uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades de vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alterações do pensamento abstrato, praxia, gnosis ou modificação da personalidade», (Fontaine, 2000, p.164).

As demências podem ser reversíveis ou não reversíveis, as primeiras cedem ao tratamento, tratando-se de episódios demenciais ,enquanto que as segundas são incuráveis. Nesta segunda categoria inclui-se entre outras a doença de Parkinson, Alzheimer , (Fontaine, 2000, p. 165).

Scheiner, 2003 cit.in. Osório & Ccoord, 2007, p. 61).escreve que alguns estudos efetuados na Alemanha demonstram que as pessoas expostas a um nível de educação formal mais elevada estão menos expostas a depressões, enfrentam melhor os acontecimentos de vida, e apresentam níveis de saúde mais elevados do que as pessoas com níveis de educação mais baixa. Apresentando também uma relação inversa entre o grau de educação e algumas enfermidades, tal como a doença de Alzheimer. Dessa forma, o nível de educação formal está relacionado positivamente com a esperança de vida, até mais do que a classe social e os rendimentos. Rowe e Kahn, (1998) defendem que a educação é o elemento mais forte na previsão de um funcionamento mental sustentado e de um envelhecimento bem sucedido.

O interesse e a estimulação pela educação proporciona um conjunto de padrões de atividade intelectual (através da leitura, da escrita, de atividades discursivas, do desenvolvimento da linguagem e do pensamento, entre outras), que ajudam na manutenção e activação cerebral a recuperar e a compensar a perda de estimulação ambiental e contextual, especialmente depois da reforma. Tornando-as, dessa forma,

mais auconfiantes, porque aumenta a capacidade de resolução de problemas e assume de forma mais natural a realidade. O local onde se desenrola a acção educativa (falar, escutar ou relacionar-se com os outros) tem como origem um contexto grupal. A força e o contacto com o grupo é uma fonte de apoio social, considerada fundamental e um apoio imprescindível para a saúde e bem- estar pessoal, (Osório & Ccoord, 2007, p. 62).

1.4. O idoso e a preservação da sua Identidade

As categorizações normalmente, influenciam os indivíduos no processo de construção da sua identidade. Dessa forma a identidade na velhice, recai numa tipificação, não tendo em conta a profissão desempenhada nem os estudos adquiridos, mas sim a retirada de posição com a reforma que os remete para um lugar económico, que os homogeneíza e tipifica de forma dissociada da sua singularidade. (Vaz E., 2008, p. 97).

“ Posso tentar pôr-me no lugar dos outros, tentar adivinhar o que pensam de mim, até imaginar o que pensam que eu penso deles, etc. Não posso colocar-me na sua pele. “ Eu” não posso ter a certeza que a minha identidade para mim coincide com a minha identidade para o outro. A identidade nunca é dada , é sempre construída e a (re)construída numa incerteza maior ou menor e mais ou menos durável, (Dubar, 1997, p. 104 cit. in. Vaz E., 2008, p. 99).

(Sequeira e Silva, 2003 Cit. In. Teixeira, 2010, p.6) Verificaram no estudo” Bem - Estar de Idosos a Residir no Meio Rural” que este ambiente privilegia o envelhecimento, fomenta as relações e a rede de vizinhança, revertendo num maior apoio instrumental, emocional, psicológico e de menor solidão que nos meios urbanos. Os mesmos autores verificaram que, relativamente ao estado civil, os casados apresentavam um menor sentimento de solidão, e tinham um ambiente e redes sociais mais positivas que os viúvos.

Observaram ainda que o grupo com maior aproximação da família, demonstrava maior satisfação face ao envelhecimento em relação ao grupo com pouca ligação familiar. Por sua vez que os casados dispõem de maior bem – estar, sendo de extrema importância as redes sociais de suporte para superação de percas com mais facilidade, (Serqueira e Silva, 2003 cit. in. Teixeira, 2010, p.6).

(Herzog e Morgan, 1993 Cit In. Osório & Ccoord, 2007, p. 211). , defendem que o envolvimento numa instituição de voluntariado possibilita ao idoso estabelecer relações significativas e adquirir novos papéis de vida , com um impacto positivo na saúde e no bem – estar, prevenindo a perda de identidade e a doença mental,

Segundo Lopes, (2001) a teoria da identidade de Erickson traduz-se no desenvolvimento ótimo, tendo como fim a compreensão do normal e a sua potencialização, dando menos importância à elucidação do patológico. Ele traduz o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos em oito estádios sucessivos, que abrangem todo o ciclo de vida; o último, o oitavo, é aplicado à idade adulta madura, considera-o a partir dos 60 anos de idade.

Lopes, (2001) ainda refere que o mais importante no processo de socialização, neste oitavo estágio, é a conservação da integridade do Eu (a conservação, dos diversos papéis sociais, evitando a desânimo. A integridade do Eu significa ser capaz, nesta etapa da vida, de olhar para o passado e aceitar a trajetória percorrida, as opções realizadas, os sucessos e insucessos, aceitar o percurso de vida e como foi vivenciado, conduzindo-se em menos receios de doença, de dependência ou mesmo da morte. Erickson, designa como estado de alma, auto conceito, a sabedoria dos mais idosos. É importante a transmissão dessa sabedoria para o idoso e familiares mais jovens, tornam-se amigos / cúmplices revendo neles lições de vida a aplicar na sua própria vida, (Santos, Loureiro & Fragoso, 2008, p.7). Considerando que a identidade dos indivíduos é formada por um núcleo cujas alterações são de difícil adulteração, relativas às características de personalidade que produzem no indivíduo continuidade , conhecimento do próprio, envolvendo o núcleo, papéis sociais (parentesco, idade, género, profissão, e outros), constituindo assim a identidade do indivíduo. Os papéis sociais desenvolvidos tanto no meio físico como sociais vivenciados pelo indivíduo, (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p.7).

1.5. A Qualidade de vida nos Idosos

(Paúl e Fonseca, 2005, cit. in. Teixeira, 2010, p.14), Referem que, a partir do momento em que se associa o envelhecimento à qualidade de vida e ao aumento da população idosa o interesse pela investigação nesta área, começa a ganhar ênfase.

Jacob (2007, p.10), na sua investigação sobre a qualidade de vida dos idosos, diz-nos que existem os seguintes fatores que a influenciam:” a) *possuir autonomia para executar as*

atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente”.

A qualidade de vida é influenciada pelas diferentes experiências vivenciadas em contexto social, estilo de vida, os apoios sentidos da rede social, saúde, atividade desenvolvida, bem-estar físico, emocional, psicológico e social, contexto e conjunturas em que são passadas, sendo cada caso único, (Teixeira, 2010, p. 21).

(Paúl e col., 2005, cit. in. (Teixeira, 2010, p. 15), “*Satisfação de vida*” e “*qualidade de vida*” são noções distintas, pois a satisfação de vida é uma variável intrapsíquica relacionada com características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sócio - demográficas, físicas e de contexto.

2. CUIDADORES INFORMAIS

2.1. O cuidador informal:

Vários estudos na Europa referem que 5% dos cuidadores são informais. O cuidador informal pode ser um familiar, amigo, vizinho, ou outro elemento da rede social da pessoa idosa em situação de dependência, que lhes presta a maioria dos cuidados e sobre o qual recai a responsabilidade, não recebendo remuneração pelos cuidados/serviços prestados. (Carreto et.al, 2008, Cit. In. Rasgado & Santos, 2010, p. 3).

O facto e as circunstâncias de cuidar abrangem uma grande disponibilidade de tempo, envolvendo uma quantidade de tarefas: cuidar das atividades básicas e instrumentais de vida diária; dar suporte emocional e financeiro, prevendo sempre a saúde e o bem-estar da pessoa idosa.

Iniciamente, os cuidados prestados ao idoso por um cuidador familiar no domicílio baseiam-se no apoio emocional, deixando que este possa satisfazer autonomamente as suas necessidades básicas, o que permitirá manter e prolongar a autonomia, (Moreira, 2006, p. 96). Os cuidados informais normalmente, são arcados por uma única pessoa, durante uma média de 5 anos, assumindo-se esta relação como contínua e estável até ao momento da morte ou de uma possível institucionalização (Carreto et.al, 2008, Cit. In. Rasgado & Santos, 2010, p.3). Considerando que tem para com aquele que desempenha o papel de cuidar um impacto positivo a nível do sentimento de reciprocidade, de dever cumprido, de crescimento pessoal, trazendo consigo também

aspectos negativos no que diz respeito à subcarga (*burden*) do cuidador, podendo ser desgastante.

Os impactos negativos, para o cuidador, trazem consigo consequências a nível de saúde física (sistema imunitário frágil, consumo de fármacos, perturbações do sono, cansaço físico, prevalência de doenças crónicas, percepção negativa do estado de saúde); na saúde mental (depressão, ansiedade, baixa satisfação com a vida, elevada sobrecarga subjectiva, culpa); nas relações familiares e sociais (conflitos familiares, isolamento social, perda de privacidade, indisponibilidade para atividades sociais/lazer) e na actividade familiar e financeira (produtividade e desempenho afectados, maior frequência de ausências no trabalho, absentismo, aumento das despesas), (Rasgado & Santos, 2010, p.3). A mesma autora, e perante a literatura internacional, diz-nos existirem quatro fatores que classificam a pessoa que adopta o papel de cuidador de idosos dependentes : sendo a proximidade de parentesco (conjugue), género (mulher), física (habitação), afetiva (pais e filhos).

O processo de construção de identidade do cuidador dá-se independentemente dos fatores mencionados com o decorrer do tempo , rotina, cuidados, e reflexão necessária à resolução dos problemas que tem que enfrentar. No seu dia a dia, os cuidadores têm que utilizar o seu saber prático e imediato para solucionar as situações inesperadas e emergentes, (Camargo, 2010, p. 240).

O acompanhamento multidisciplinar ao domicilio pelo SNS (Serviço Nacional de Saúde), promove através da formação e intervenção junto do cuidador o desenvolvimento de competências para cuidar, disponibiliza recursos materiais e humanos para minimizar ou solucionar a situação.Cabendo ao técnicos do SNS a avaliação do risco e necessidade de propõe o internamento temporário para descanso do cuidador reduzindo a sobrecarga e evitando a iscaustão do mesmo.

Encontrando-se conjecturado o descanso do cuidador através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (n.º 3 do artigo 17º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho) , que refere a possibilidade de internar temporariamente a pessoa dependente, resultante de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal , até 90 dias (Rasgado & Santos, 2010, p. 3). Os valores atribuidos às instituições que prestam cuidados de média ou longa permanencia em cuidados continuados baseia-se nos valores da tabela seguinte:

3022

Diário da República, 1.ª série—N.º 106—1 de Junho de 2011

(Em euros)					
Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
3 — Unidade de média duração e reabilitação	55,75	12	19,81		87,56
4 — Unidade de longa duração e manutenção.	18,61	10	30,34	1,24	60,19
II — Diárias de ambulatório por utente					
1 — Unidade de dia e promoção de autonomia.	9,58				9,58

Ilustração I - Preços RNCCI - Ano 2011

Tabela de preços RNCCI — Ano 2011

(anexos II e III da Portaria n.º 1087/2007, de 5 de Setembro, na redacção dada pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro)

(Em euros)					
Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
1 — Unidade de convalescença	90,46	15			105,46
2 — Unidade de cuidados paliativos	90,46	15			105,46

Ilustração II - Preços RNCCI - Ano 2011

Este quadro demonstra claramente os esforços exercidos pelo estado social para manter o bem estar do idoso com os respectivos cuidados e libertar o cuidador em domicílio.

Os familiares tentam ocultar a situação ao doente para o poupar do sofrimento psicológico, tentando afastar o desespero da proximidade da morte, não lhes roubando a vontade de viver e atrasando o processo de morte. Criando-se em relação às unidades hospitalares uma revolta por não permitirem uma presença e acompanhamento do familiar para além do horário de visitas, considerando que os cuidados prestados não correspondem às suas expectativas, (Moreira, 2006, p. 90).

O envolvimento da família nos cuidados hospitalares é um aspecto que a Direcção Geral de Saúde, divulgou através da circular normativa n.º 4 de 28 de Janeiro de 2000, aconselha e estimula o acompanhamento e colaboração dos familiares com o contributo no apoio psicológico e afetivo ao doente, devendo as unidades de saúde criar condições para que a permanência se possa processar da melhor forma, (Moreira, 2006, p. 91).

O programa Nacional para a Saúde das pessoas destina-se a um trabalho em rede entre as unidades hospitalares, Centros de Saúde e Rede de Cuidados Continuados segundo a Direcção Geral de Saúde, (Direcção Geral de Saúde, 2004, p.2).

Os progressos da ciência nestas últimas décadas, proporcionou o aumento da longevidade, sendo a situação portuguesa inferior à média dos países europeus, levando a que os últimos anos de vida sejam vividos com alguma debilidade e incapacidade, podendo ser minoradas com prevenção, (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Segundo o Serviço Nacional de Saúde, a prestação de cuidados de saúde e social têm que ser vistos numa perspectiva individual, integrados, com equipas pluridisciplinares tendo como objectivo a recuperação e acompanhamento do idosos, integrando os cuidados continuados de longa duração, respondendo dessa forma a uma população envelhecida, (Direcção Geral de saúde, 2004. p. 4).

Segundo o SNS estima que a população idosa residente de 1.709.099, representando 16,5% da população sendo o envelhecimento maior no interior do que no litoral, considerando que a expectativa de vida à nascença em Portugal se situa nos 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens.

O envelhecimento devido a alterações de comportamento social e familiar conduz a outras indispensabilidades e desafios ao SNS nos próximos anos na acessibilidade, qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde e cuidados, cuja condição para a longevidade se traduza na esperança de vida com saúde e sem deficiência

Num estudo realizado sobre a saúde dos idosos portugueses, 49% no grupo etários entre os 65 e os 74 anos, transmitiam que a sua saúde era má ou muito má. Estudos mais recentes idosos com 65 e mais anos, 12% diziam necessitar de ajuda para as atividades de vida diária e 8% ter sofrido no último ano um acidente doméstico ou de lazer. Além de 52% dos idosos viverem na companhia de uma pessoa e 12% em situação de completo isolamento, (Direcção Geral de Saúde, p.6)

Segundo o suporte informal familiar não é “ imposto” ou” fixo”, mas antes complexo e imprevisível, tendo como fatores adjacentes a demografia, as orientações Estatais, as distâncias a nível de trabalho especialmente da mulher, levando à (in) disponibilidade da família, (Finch e Mason,1993 cit. in. Carvalho, 2009, p. 69)

Outros fatores como: o percurso geracional, situação económica, género, etnicidade influenciam o tipo de suporte familiar. Tendo como chave principal deste processo “

prestação de apoio familiar”, relacionamento familiar, compromisso afetivo, relacionamento entre os seus membros gratificantes na base do amor e afectos sobrepõe-se aos princípios de dever enquanto “obrigação” e dádiva, sendo de notar a coesão e integração (Carvalho, 2009, p.80).

Torres et al. (2004), mais uma vez, confirmam que, embora na nova geração de casais se observa a partilha de tarefas continua a ser a mulher a grande responsável pelos cuidados domésticos. Na fase avançada do ciclo de vida “terceira idade” a família torna-se recetora e prestadora de cuidados. A mulher é a principal cuidadora da família, (esposa, nora, pais/filha) sendo ela que toma uma posição económica, coesão do grupo e fora dele, assim como na adaptação e intensidade das relações com o exterior (Carvalho, 2009, p. 80).

Os estudos debruçam – se mais sobre o impacto negativo “sobrecarga, stress “ , o facto é que a prestação de cuidados também acarreta factores positivos , o facto de viver com a contrariedade das situações que ocorrem traz consigo o lado da gratificação, contribuindo para a dignidade da pessoa , criando como contrapartida a sensação de bem estar. Pode retardar ou evitar a institucionalização do idoso, permite desenvolver conhecimentos e competências (Figueiredo, 2007, cit. In. Rocha, 2009, p. 74).

Jani- Le Bris, (1994) diz-nos que além das gratificações imateriais, pode também acarretar vantagens económicas para o cuidador, tanto no futuro como de imediato. Enquanto que (Figueiredo 2007, cit. In. Rocha, 2009, p.74) , clarifica os benefícios futuros , associados ao facto de cuidar, tais como heranças ou doações sendo os cuidadores beneficiados. Relativamente aos benefícios imediatos deve-se ao facto do cuidador, usufruir do valor da pensão, residir na habitação e ser alimentado gratuitamente pelo idoso.

2.2. Abordagem histórica da família

A família, na sua forma clássica, surge como um núcleo que garante a segurança e a proteção, igualmente enquanto um espaço que esconde a violência e a subalternidade. Todavia a família continua a ser a célula fundamental da vida em sociedade, encontra-se em crise prolongada que obriga à sua re (caracterização), (A.D. & I., 2004, p.19).

Félix designa a necessidade de refletir em simultâneo nas dimensões dos tempos social, individual e familiar para compreender qualquer um dos sistemas familiares envolvidos.

O tempo social alerta para as transformações sentidas ao longo dos diferentes períodos em múltiplos aspetos (Carter & McGoldrick, 1995): A natalidade a diminuir, na atualidade as famílias tem menos filhos (tendencialmente 1 a 2 no máximo); a esperança de vida aumentou especialmente nas mulheres, devido a diminuição da taxa de mortalidade na infância e adultez; os papéis de género alteraram-se, as mulheres têm pela primeira vez uma carreira profissional; as migrações tornam-se mais frequentes, rumo à cidade, na expectativa de mais emprego, tendo como consequência a desertificação das zonas rurais; os níveis educativos têm vindo a aumentar; o acesso a bens e serviços massificou-se; as atitudes em relação à família diversificaram-se, há novas formas de vida aceitáveis, como as uniões de facto, os adultos sozinhos (Sousa & Cerqueira, 2006, p.18). As famílias, enquanto grupos, evoluem, transformam-se sem perder a sua identidade, estão preparadas para manter a unidade. As famílias não existem como entidades isoladas, vivendo em permanente ligação com os sistemas informais (amigos, vizinhos, colegas de trabalho...) e formais (assim como a escola, os serviços de saúde, o local de emprego...). Esta interação com outros sistemas é um dos fatores de transformação na família (Sousa & Cerqueira, 2006, p.18).

O ciclo da vida da família, apresenta-se segundo estádios, definidos a partir de momentos de crise, podendo estes sintetizar - se em dois pontos: crise de acesso (alguém entra na família) e crise de desmembramento (alguém sai). Dotados estes fenómenos sociais de conotação positiva são vividos com elevado grau de stress, (Sousa & Cerqueira, 2006, p. 19).

Carter e McGoldrick, 1989 cit. in. Sousa & Cerqueira, 2006, p. 20:21) consideram seis estádios : sair de casa (entre famílias); junção de famílias pelo casamento (novo casal); famílias com crianças pequenas; famílias com adolescentes; deixar os filhos sair; famílias no fim da vida.

Considerando-se o quinto estágio (*ninho Vazio*) é o momento em que a família, depois de ter cuidado, proteção e socializado os seus descendentes, os deixa partir como adultos independentes. As tarefas são: redefinir a função do casamento, desenvolver relações adulto – adulto com filhos e alargar a família para incluir genros/noras e netos.

O sexto estágio (*famílias no fim da vida*) implica, principalmente , aceitar a mudança de papéis geracionais, esta fase a geração mais idosa tem de permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo espaço no

agregado familiar para sabedoria e experiência dos mais velhos. Este estágio exige , ainda, que se aprenda a gerir uma série de perdas de natureza diversa, tais como: a morte do conjugue, irmãos, amigos e a preparação da própria morte; lidar com perdas de prestígio e poder, relacionadas, normalmente, com o abandono da vida profissional activa. Em simultâneo , integra outro desafio, designadamente, manter o interesse por si e pelo conjugue face ao declínio físico, e explorar novos papéis sociais e familiares. Este modelo do ciclo de vida familiar tem de ser encarado como uma estrutura que se deve adaptar à diversidade, cada vez maior, oferecida pela sociedade (Sousa & Cerqueira, 2006, p. 20:21)

A estrutura da família não se referencia pelo número de elementos nem pela actividade , mas antes pelo tipo de vínculo existente entre os seus elementos de afinidade, consanguinidade, de casamento e de dependência, dependendo da forma como as pessoas se posicionam no eixo horizontal ou vertical, perante as relações de sexo e geracionais (Saraceno 1997, cit. in. Imaginário, 2008, p. 62).

Apesar das transformações que se denotam nas estruturas familiares, a maior parte dos cuidados prestados aos idosos são ministrados actualmente pela família. O trabalho de apoio está nesta época a redefinir-se, assumindo essa tarefa e sendo os mediadores entre o idoso e o sistema formal (Serviço Social e SNS), de ajuda, alargando-se ao apoio emocional, gerando no idoso cuidados sentimentos de segurança e intimidade, (J.L.Vega, M.B. s.d., p.53)

(Roussel, 1976 cit. in. Pimentel L. , 2005, p. 69)., considera que a família nuclear tende ao isolamento desviando-se dessa forma das agressões da sociedade, mantendo no campo afectivo relações com os grupos domésticos ascendentes.

A interdependência familiar e afectiva são de extrema importância para a continuidade familiar. Sendo que os pais estão mais dependentes afectivamente dos filhos, e o esforço de ajuda é maior dando sentido à própria vida. Dessa forma, as trocas são mais intensas de pais para filhos do que em sentido inverso. Não existindo um paralelismo , a nível de práticas e trocas sociais, as transferências fazem-se simplesmente de pais para filhos (Pimentel L. , 2005, p.69).

Nas sociedades actuais, as redes de parentesco são importantes na vida do indivíduo, tanto a *nível normativo* como quadro de referência, normas de conduta, integração no meio . A *nível expressivo*, garantem suporte emocional e moral em situação de crise, transmissão de estabilidade emocional, e sentimento de pertença. A *nível instrumental*,

garantem a ajuda e apoio em diversas tarefas , assim como apoio na procura de solução de trabalho, usando o prestígio social em diversas situações de necessidade contribuindo mesmo com ajuda financeira (Pimentel L. , 2005, p. 69).

2.3. A relação familiar a nível sistémico

Os valores culturais e individuais influenciam o papel de cuidador principal, toda uma dinâmica familiar envolta de expectativas e conflitos transmitidos multigeracional mente. O relacionamento e o esforço comportamental exercido com o ato de cuidar são influenciados por referências sociais. O cuidador principal assume uma série de funções criando-se uma relação de dependência marcada pela história de vida e suporte familiar. A evolução da incapacidade do idoso e os recursos que possui desgasta a resistência física e psicológica do cuidador. Quanto maior foi a capacidade do cuidador para trabalhar e tomar decisões em situações adversas, de mobilizar recursos internos e externos maior será a diminuição dos problemas (Camargo, 2010, p.237).

Os idosos atribuem valor ao apoio social, dando forma as suas vidas, promovendo o bem-estar , aumentando a sua percepção de si mesmos, tornando-os mais activos e têm um maior controlo sobre os acontecimentos, quando sujeitos a testes de inteligência e memória apresentam melhores resultados que aqueles que não cultivam as redes sociais. Por sua vez tendem a recorrer a este tipo de apoio em episódios de maior ansiedade e depressão, (Lima, 2004, p. 97).

Para uma vida mais saudável e manter a” alma sã em corpo sã” é de todo aconselhável manter as redes sociais ,ingerir bastante água e aderir à prática de exercício físico, para manter uma idade subjectiva , traduzindo-se não pela idade cronológica mas sim pela idade que se sente ter , estando pendente de diversos factores (Lima, 2004, p. 35).

2.4. Os apoios existentes na díade relacional inter e extra familiar

As pessoas são por natureza seres sociais, que vivem em constante interação com outros seres. Durante o percurso de vida pertence-se e convive-se com vários grupos, iniciando-se no seio familiar a socialização, alargando-se ao grupo de amigos e colegas de escola e

trabalho. É vivendo em grupo que construímos os traços que nos caracterizam. As relações existentes são o pilar principal em que se estruturam prioridades, uma convivência harmoniosa com os outros, sentir-se apoiado, compreendido, contribui para a definição da nossa identidade, sendo o que pensam de nós, modela a imagem que construímos de nós próprios (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 141).

O apoio sentido pela família, amigos, vizinhos e comunidade trás benefícios a vários níveis:

Nível afectivo , aceite pelos outros sem defeitos e erros, reforça a auto-estima , a nível emocional cria um sentimento de apoio e segurança para mais facilmente ultrapassar os problemas; a percepção que a pessoa tem de si própria e do meio envolvente, perante a reação dos outros reavalia a sua vida atribuindo-lhe significado e objectivo(s) mais realistas; a nível informativo o apoio social permite-lhes adquirir informação e sugestões para compreender melhor o dia-a-dia, Tendo o apoio social uma função instrumental através da disponibilização de bens e serviços ajudando na melhoria das actividades diárias e na resolução de problemas ; o convívio social ajuda a aliviar tensões, reduz o isolamento e aumenta a participação social (Ribeiro & Paúl, 2011, p.142).

A rede de vizinhança envolve um relacionamento mais distante que a amizade, baseando-se essencialmente em laços de proximidade. Sendo uma relação de género mais prático sendo de grande utilidade pelo facto de os vizinhos estarem atentos aos movimentos que envolvem a casa quando necessário ou em situações de emergência transmitindo segurança. Nas relações de proximidade, as pessoas mais idosas esforçam-se por quebrar o isolamento relacional, que tende a gerar-se em volta delas (Sequeira, 2010, p. 150).

O idoso esforça-se na procura de contactos com pessoas que vivem no mesmo espaço, com as mesmas rotinas e os mesmos hábitos. Os vizinhos podem ser um grande apoio para os idosos que têm a família distante ou que vivam sós, uma base de apoio para as tarefas diárias, com quem podem partilhar receios ou simplesmente a resposta de como passou a noite, transmitindo dessa forma um maior sentido de ligação, integração, segurança aos mais idosos, (Sequeira, 2010, p.150).

Conhecer novas pessoas pode alterar o quotidiano, com a introdução de novas tarefas motivando a novas actividades e passatempos agradáveis, discutindo assuntos e treinando soluções alternativas para os mesmos, as actividades sociais podem contribuir assim para a melhoria do humor , auto- estima , memória, convívio entre amigos com os quais pode falar da atualidade, tanto singular como plural (Sequeira, 2010, p.81)

Os idosos tendem a participar em redes sociais menos alargadas e a reduzir os contactos intersociais. Apesar de o grupo ser mais reduzido, os idosos são socialmente activos, de preferência com a família e o grupo restrito de amigos (íntimos). Ao longo do envelhecimento, as redes sociais sofrem alterações em função do contexto familiar, trabalho, participação na comunidade, levando a perdas e a uma nova reorganização da rede de apoio informal de forma a manter a sua independência e a participação social, sendo as redes de apoio essenciais para manter a saúde mental, a satisfação com a vida e um envelhecimento optimo, (Paúl, 2005, Cit. In. Sequeira, 2010, p. 30).

As relações interpessoais sociais e afectivas são fundamentais tanto na rede familiar (amor, carinho), como em qualquer relação fora da família (amizade). Todas as pessoas criam uma rede social ao longo do seu ciclo vital independente do momento em que se encontram, (J.L.Vega Vega, M.B. s.d.,p.50).

As relações interpessoais caracterizam-se pela pertença a um grupo, enquanto que as relações de interdependência se traduzem no intercambio de recursos e intimidade. Estas duas relações encontram-se em maior ou menor grau em todas as relações sociais.

Os padrões de participação social entre os homens e mulheres variam a nível de participação social e afectivas tanto no meio familiar como comunitário. As mulheres revelam ter mais amigos que os homens, e têm maior implicação social em actividades e organizações de cariz comunitário, mantendo os homens uma maior actividade de tipo político. A participação da mulher em programas educativos e de reciclagem cultural e profissional é manifestamente superior á dos homens (J.L.Vega Vega, M.B. s.d.,p.50).

O facto de ter uma rede social e de apoio social óptimo traduz-se num componente de bem estar no contexto onde se desenrola. Ter uma rede social extensa não significa ter apoio emocional ou económico. Os idosos tendencialmente mantêm mais familiares na sua rede social que os jovens. Estes incluem mais os amigos, (J.L.Vega Vega, M.B. s.d.,p. 50).

As redes de apoio baseiam-se mais na reciprocidade e na solidariedade, proporcionando ajuda instrumental, emocional na incapacidade e doença, contribuindo para a integração social. Inicia-se na família onde este apoio é muitíssimo superior ao que provém da comunidade. Outro tipo de apoio também pode provir dos animais de estimação repercutindo-se na saúde física e psíquica do individuo (J.L.Vega Vega, s.d., p.50).

2.5. A dependência dos idosos e o papel do cuidador

Considera independência quando se atinge um grau de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que o próprio realiza por si mesmo, sem ajuda de outrem, reflectindo-se no bem estar fisiológico e psicológico manifestando um estado de bem – estar (Santos , 2000 Cit. In. Imaginário, 2008, p.43).

Como nem todos os idosos dispõem de condições para a realização das actividades de vida diária. Amaral e Vicente,2000, p.25 cit. in Costa, 2012, p. 13) citam o conceito de dependência definido pelo Conselho da Europa como “ *a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades da vida diária*”.

A dependência dos idosos surge face à impossibilidade de ultrapassar os obstáculos que o inibem de satisfazer as suas necessidades , das quais se destacam a ausência de afecto, familiar, isolamento , solidão, inactividade proveniente da reforma (Imaginário, 2008,p. 43).

Segundo (Diniz, 1993,p. 9, Cit. In. Imaginário, 2008,p.43). “ *a inactividade conduz à deficiência , limitação funcional e dependência*”, alteração do estatuto e perda de prestígio e a passividade devido à ausência de compromissos,

As tarefas desenvolvidas pelo cuidador parecem ser simples aos olhos de quem as vê, tornando-se árduas para quem as vivencia. O impacto na família e a carga do cuidador podem trazer repercussões físicas e psíquicas, sociais e económicas sobre os próprios.

A avaliação feita pelo cuidador sobre a situação e o ato de cuidar e as manifestações sobre a saúde física e psíquica do mesmo, devem-se a interação e exposição a situações de stress, vulnerabilidade e aos recursos existentes a nível económico (Camargo, 2010, p.238)

Podem-se considerar dois tipos de fatores stressores – primários que dizem respeito ao idoso dependente e suas características, (impossibilidade de realizar as atividades de vida diária), *deficits* cognitivos com as respectivas alterações de comportamento.

Como stressores secundários associam-se ao papel do cuidador (circunscrevendo-se através de conflitos familiares, agravamento económico, diminuição da vida social e intrapsíquicos (ansiedade, culpa, depressão) (Camargo, 2010, p.238)

O impacto vivenciado pelo cuidador constitui-se de elementos objectivos e subjectivos: Como elementos objectivos surge a sobrecarga financeira, tensão vivenciada, necessidade de interromper a rotina e poder dividir as tarefas domésticas com outros elementos da família (Camargo, 2010, p.240).

Como elementos subjectivos surge o sentimento de impotência, sobrecarga, ressentimento e exclusão social,(Camargo, 2010, p.240).

Dessa forma, o stresse do cuidador caracteriza-se por um aumento da carga física e financeira, agravando-se com o prolongamento da doença, com a falta de informação para poder cuidar, pouco apoio especializado e um diminuto suporte emocional. Surgindo a divergência entre a tarefa de cuidar e o papel desempenhado anteriormente a nível familiar e profissional, crescendo dessa forma sentimentos negativos, emergindo uma dinâmica cuidar-ser- cuidado, pela falta de reconhecimento por parte dos familiares em relação ao cuidador solitário, privando-o de tempo e vivências (Camargo, 2010, p.240).

A exaustão do cuidador a nível individual é o despertar de uma falha, o lembrar de traumatismos de infância, e a influência tida pelo facto de cuidar, estarem na questão do problema, fazendo reflectir o cuidador sobre as motivações que o levam a agir, que reconhecimento, benefícios a nível relacional, ser reconhecido e apreciado (Delbrouck, 2006, p.137).

Não existe uma personalidade patológica que possa desencadear a exaustão, podendo afectar qualquer cuidador. Segundo S.C.Kobasa, S.R.maddi e S. kahn (1982), uma personalidade relativamente preservada, a *harness*. A personalidade «audaz», sentem-se mais implicadas, sentem que podem recuperar o sentimento de controlo em função do ambiente, empenhadas com a vida, activas, aptas a aceitar desafios, sentindo atração pela novidade, considerando o próprio ambiente um desafio a superar. Com este tipo de personalidade reserva o sentimento de poder dar uma resposta apropriada à insatisfação exterior. Notando-se e verificando-se o inverso em cuidadores perfeccionistas, grande capacidade de trabalho, não delegam tarefas e acham que são imprescindíveis, tentam ter êxito nas múltiplas funções e consideram ter força suficiente para manter esse rasgo, consequentemente são mais propensos a atingir a exaustão (Delbrouck, 2006, p. 137).

A exaustão considerada uma nova patologia que afecta qualquer profissional envolto em relações de ajuda podendo ser confrontado com três situações (cansaço emocional,

desvinculação da relação profissional, falta de realização profissional), que por sua vez levanta questões sobre a responsabilidade, terapêutica, justiça e a própria sociedade.

Para não atingir a exaustão (*Burnout*) o cuidador tem que ter : sentimento de autonomia, boa auto – estima, interioridade sólida, partilhar com o doente e colegas, criar estratégias de adaptação activas desenvolvendo um sentimento subjectivo de controlo, de ter optado pela melhor atitude possível perante o contexto. A forma de adaptação passiva não é obrigatoriamente prejudicial se corresponder a escolha consciente do individuo (Delbrouck, 2006, p. 142).

2.6. Transtornos familiares e a dependência do idoso

(Hirsch, 2001 cit. in. Ferreira-Alves, s.d., p.14), classifica os primordiais fatores de risco pela excessiva dependência do idoso de outrem nas AVD; o *stress do cuidador* pode reduzir a qualidade da relação, considerando-se stressores externos: Trabalho, família, finanças pessoais, necessidade de maior suporte social, cansaço emocional e depressão, aumento da subcarga nos cuidados a ter quando se trata de um familiar com demência.

Hirsch (2001) “considera ainda a existência de uma história de violência familiar, de psicopatologia no cuidador – como abuso de substâncias, personalidade sociopática, hostilidade dirigida a idosos, o ser autoritário ou rígido com os outros – a dependência que o cuidador tenha do idoso para habitação ou para ter suporte financeiro, o ambiente sociocultural, como por exemplo, uma habitação inadequada, personalidade exigente do idoso e a existência de sanções culturais contra a procura de ajuda fora da família”, (Ferreira-Alves, s.d., p.14)

Segundo a Associação Americana de Psicologia (APA), 1999 os maus-tratos não se verificam apenas em ambientes de marginalizados pela sociedade ou institucionalizados, mas em qualquer contexto de vida.

A (APA, 1999 cit. in. Alves, 2005, p.3) refere que a maioria dos abusos não se processam em lares ou instituições, embora haja casos relatados pela imprensa segundo (dados Norte Americanos) 4% dos idosos estão institucionalizados com as necessidades básicas satisfeitas sem sentirem qualquer tipo de abuso.

(Marshall e col. 2000 cit. in. Alves, 2005, p.3) A maioria dos abusos decorre no domicílio , visto ser onde vive a maioria dos idosos. Quando decorre abuso é exercido por

familiares ou cuidador pago para participar na tarefa de cuidar o abuso é ténue não dando para decifrar se é devido ao stress de situações interpessoais, de abuso tipificado

Não existe um modelo único de abuso no domicílio, provindo de comportamentos inadequados de abuso físico ou emocional repetidos na família, das mudanças relacionais, fragilidade e dependência do idoso em relação aos mesmo, (Marshall e col. 2000, Cit. In. Alves, 2005, p.3)

O comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998 cit. in. Alves, 2005, p.6 - 16), tomando uma postura mais pragmática do que conceptual e define 7 (sete) tipos de abusos para idosos não institucionalizados:

a) Abuso físico: punição física utilizando a força deixando ferimentos corporais, provocando dor e incapacidade. A falta ou excesso de medicação; b) Abuso sexual; c) Abuso emocional ou psicológico: proporcionando um estado de angústia, dor, humilhação através de ameaças verbais assim como a infantilização; d) Exploração material ou financeira; e) Abandono: por parte de uma pessoa que a tenha a seu cargo, sendo responsável pelos seus cuidados; f) Negligência: recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades sentidas pelo idoso; g) Auto- negligência: Quando o idoso põe em causa a sua saúde e segurança, tendo consciência das consequências que daí podem resultar. Este tipo de classificação Têm por base uma sustentação jurídica, clínica e preventiva mais que conceptual ou científica,

Os fatores de risco explicativos de abuso sintetizam-se em cinco modelos teóricos:

a) Modelo de *stress* situacional: Os maus tratos verificam-se quando o cuidador é exposto a *stress* perante a situação. Cujas causa se devem a incapacidade física ou mental do idoso, baixos recursos sócio económicos e falta de formação para utilizar estratégias de *coping* por parte do cuidador. Segundo os autores, (cf. Wilber & McNeilly, 2001; McDonald & Collins, 2000 cit. in. Alves, 2005, p.14) o *stress* vivenciado pelo cuidador conduz a prática de maus - tratos ao idoso. Existindo programas de formação no sentido de preparar e aumentar as competências de *coping* em situação de *stress* pelo facto de cuidar.

b) A teoria da troca social – Cada indivíduo tenta retirar o máximo de recompensas positivas em detrimento das negativas. Com a evolução do envelhecimento e a perda de autonomia o estatuto social fica comprometido criando mais dependência nas relações e trocas «ageism» sociais, criando desequilíbrios entre os idosos e o tratador. Alterando-se

a relação a nível de poder não existindo reciprocidade sentindo-se o cuidador com maior poder mas onde a recompensa é menor. Podendo desta forma gerar conflitos e maus tratos a nível físico e psicológico, (Alves, 2005, p.14)

c) O modelo da violência transgeracional, o abuso teria como base a relação vivida na infância em que a violência familiar esteve presente e na fase adulta passaram de abusadas a abusadores. Sendo que este tipo de abuso se deve à aprendizagem e experiência vivenciadas mantendo-se ao longo de gerações o abuso e maus tratos. Cujo modelo se baseia na violência familiar, (Alves, 2005, p.15).

d) O modelo bidirecional: este tipo de violência é praticado de ambos os lados tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe cuidados. Sendo típica de famílias que exercem determinadas tendências de gritar, bater ou ameaçar-se uns aos outros. Segundo (Steinmetz, 1988 cit. in. Alves, 2005, p.16), mentor deste modelo, verificou que existe mais violência (bater ou atirar objectos) da parte de quem recebe cuidados do que da parte do cuidador verificando-se 22% contra 3% dos casos. Por sua vez McDonald & Collins denominam de interação simbólica pelo facto de não estarem só em causa os maus tratos mas sim da interpretação individual ao comportamento do outro.

e) No modelo de psicopatologia do abusador: estão em causa as características do mesmo e a saúde mental do “abusador”. Segundo (Wolf e Pillemer, 1989 cit. in. Alves, 2005, p.16), no seu estudo efetuado nos Estados Unidos, 38% dos abusadores tinham história de doença mental e 48 % referiam uma diminuição na sua saúde mental.

2.7. Análise legislativa dos apoios ao cuidador informal e ao idoso.

As reformas e o sistema de pensões constitui uma das medidas fundamental e inadiável na manutenção dos idosos, devido ao envelhecimento demográfico as políticas sociais, demonstram alguma tendência para entrar em derrapagem a nível de sistemas de protecção social constituindo-se um problema das democracias, (Fialho, 2006, p.12).

Segundo Eugénio Rosa, a pensão média, em Portugal, é de 389 euros, confirmando-se os valores pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social em que nos transmite que a pensão média dos reformados varia entre 505,67€ no Distrito de Lisboa e 273,13 € no distrito de Bragança, passando a 287,48 € no distrito de Vila Real, verificando-se uma disparidade de valores entre o litoral e interior e com grandes diferenças segundo a actividade desenvolvida (Rosa, 2009, p.1).

Ao longo deste período, desde 1998 a 2009, tem - se assistido cada vez mais ao crescimento de equipamentos e de capacidade através do programa PARES, ao nível da terceira idade, apoiando as famílias de forma a manter o idoso no seu domicílio, tendo como rede de suporte: Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Lares de Idosos, Lares Residenciais, Residências Autónomas e Centros de Atividades Ocupacionais, (MTSS & GEP, 2009:)

Denominando-se de “*Cuidados Continuados Integrados*”, a intervenção continua a nível da saúde e apoio social, cuja avaliação da situação exige uma equipe multidisciplinar que visa através de um plano de atuação a nível terapêutico e social ativo e continuado promover a autonomia, reabilitação, e readaptação as exigências sentidas pela debilidade situacional promovendo a reinserção no meio familiar e social, (D.L. nº 109/2006, de 6 de Junho, *alínea a*) do art. 3º, p.3857) cit. in. (Seabra, 2011).

3. Institucionalização e cuidadores formais.

3.1. Institucionalização e as suas implicações.

Os lares de séniores proporcionam cuidados a tempo completo, a maioria dos clientes têm idade muito avançada que, devido a problemas físicos ou psíquicos, não podem manter um nível de vida autónomo. A perda de independência prediz a institucionalização, trazendo consigo problemas de ajuste ao meio. A decisão de intitucionalizar depende das características individuais, das expectativas de futuro, e quando institucionalizado, apresenta normalmente expectativas muito negativas. Para algumas pessoas, estar institucionalizado é uma oportunidade de socialização que até então nunca tinham tido. Pode ser uma ocasião de conhecer novos amigos ou iniciar uma relação (J.L.Vega Vega, s.d. p. 49).

Metade dos idosos preferem as instituições a viver no seio da família no caso de tê-la. Pelo tipo vida que conservam aos serviços que lhes prestam, que promovem satisfação, tendo um custo elevado em relação ao seu ingresso, cabendo-lhes ao idoso decidir qual a instituição a selecionar. Sendo necessário que a imagem e percepção social que se tem das instituições, estilo de vida que oferecem seja dismistificado e melhorado (J.L.Vega Vega, s.d. p.49).

O facto de se desvalorizar a velhice e valorizar a juventude, olhando para a primeira como uma espécie de doença, processo inevitável e imutável, respondendo a sociedade com actos médicos e atitudes proteccionistas, determinam em larga escala a institucionalização (Lima e Viegas, 1988,p.156).

A institucionalização implica o pleno conhecimento do possível utente /cliente, para decidir por si a altura ideal de recorrer aos serviços, dessa forma a sua integração e socialização no local, com a consciencialização prévia é seja feita em pleno. Não causando tantos transtornos emocionais em relação a perda da sua habitação e dos seus hábitos diários. Aceita melhor as normas existentes e interage mais com os restantes elementos institucionalizados.

A institucionalização traz consigo perda de laços relacionais no círculo de amigos, vizinhos e, por vezes, da própria família, porque a distância assim o proporciona. Normalmente surge a desorientação no espaço e no tempo, um local desconhecido ao qual tem que se adaptar. Novos relacionamentos, alteração de hábitos e normas e o meio circundante desconhecido, pode impelir ao isolamento, depressão, acompanhado de revolta quando não é o próprio a decidir.

O Instituto de Segurança Social descreve a comparticipação por parte dos familiares para as diversas respostas sociais implementadas segundo o rendimento per capita do agregado familiar em IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), com acordos de cooperação cujos valores podem verificar-se no quadro:

Serviços e equipamentos		Percentagem sobre o Rendimento per capita
Lar de idosos	Situação tipo	70%
Centro de dia	Situação tipo	40%
	Com jantar	50%
Centro de Convívio		--- 5%

Ilustração III -(MTSS & GEP, 2009:23). Acordos de cooperação MTSS/IPSS 1

A percentagem prevista de 70% sobre o valor auferido pelo individuo, pode a partir de 2010 chegar aos 85 % do rendimento do mesmo, (*Instituto da Segurança Social - I.P., 2011, p.11*).

O apoio financeiro através de protocolo de cooperação baseia-se no principio de diferenciação positiva conforme quadro elustrativo:

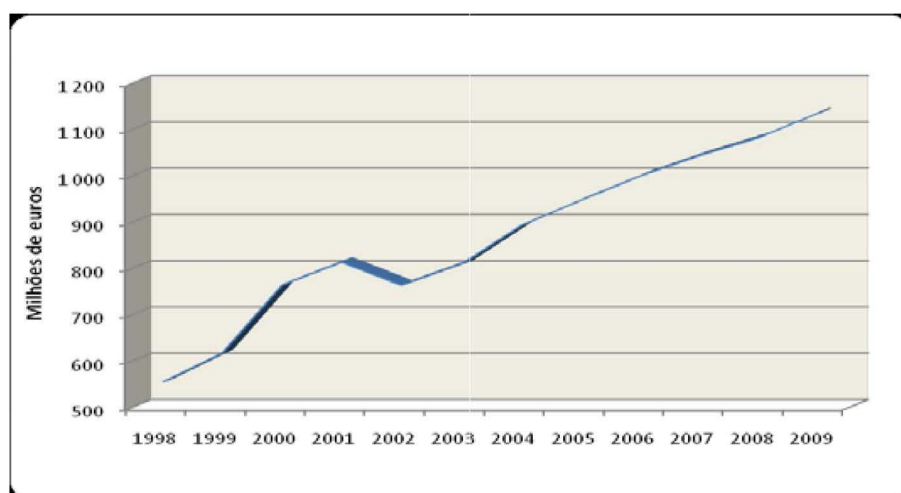
Lar de idosos	Cláusula VI do Protocolo de Cooperação de 2004
Escalão de idosos em situação de dependência	Comparticipação financeira Utente/Mês
0<dependentes<20%	433,54 €
20%<dependentes≤40%	461,43 €
40%<dependentes≤60%	538,61 €
60%<dependentes≤80%	595,00 €
Dependentes>80%	613,39 €

Ilustração IV- (MTSS- CNIS, 2010: 23). Protocolo de Cooperação 2004

Os custos da atividade das IPSS - rede solidária é assegurado pelos acordos de cooperação celebrados com o Estado e IPSS, mais uma parcela suportada pelo utente ou família e por outras receitas de que disponham as instituições .

O facto de a rede ter sido alargada leva a que o número de utentes abrangido seja cada vez maior , a par da devida actualização anual dos protocolos de cooperação . Tendo-se verificado desde 1998 a 2009 um aumento de 105% , e em relação ao ano anterior um aumento de 4,9% o que espelha o esforço orçamental continuado com as participações unitárias , e um maior afluxo de utentes, (MTSS & GEP, 2009, p. 32)

Evolução da despesa com os acordos de cooperação Continente 1998 – 2009



Fonte: IGFSS, Conta da Segurança Social – Despesa com Sistema de Ação Social; (GEP & MTSS, 2009: 31) , Ilustração V- **Despesas Com Sistema de Ação Social**

Os idosos presentemente institucionalizados desta geração, cuidadores e familiares destes, defrontam – se com dificuldades para alcançarem um envelhecimento com qualidade, devendo-se a duas razões essencialmente:

Sendo que a primeira se deve ao facto de se sentirem os efeitos da institucionalização em grande escala dos idosos, tal como aconteceu noutros sectores da sociedade com a educação e saúde, existindo ainda idosos com necessidade de serem institucionalizados.

A segunda, não sendo visível mas por si mais poderosa, baseia-se no modelo socializador da geração de idosos da atualidade, que por sua vez experienciaram processos de socialização e de construção identitários mais seguros, previsíveis e estáveis, menos diversificados que as populações mais jovens, como por exemplo os filhos.

As sociedades europeias e norte – americana estão preparados através dos processos de socialização para que haja uma maior independência e reciprocidade nas relações intergeracionais familiares, dessa forma os pais e os filhos encaram e preparam-se para viver as suas vidas com maior independência. Na sociedade portuguesa viver a vida independente é encarada ainda muito recentemente e não tendo ainda sido devidamente digerida pelos idosos, criando dessa forma a sensação de vazio, perda de identidade, levando á desesperança (Erickson), levando a divergências de expectativas, (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p.10)

Devem-se manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambos os lados, presenteando a cooperação, não existirem conflitos de papéis.

Nas gerações seguintes estes tipos de conflitos estarão suavizados, porque os pais se dotam de estruturas necessárias; segundo porque as gerações de idosos seguintes, estas duas ordens de razões estarão mais suavizadas, os pais se souberam beneficiar dos meios e estruturas necessárias; a segunda porque a nova geração de idosos tem obrigação de demonstrar e manter uma maior plasticidade da identidade, uma maior capacidade de adaptação a mudança e as circunstâncias da pós-modernidade. Esta situação, a registar-se, facilitará um pouco a vida dos idosos, familiares e dos cuidadores. (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p. 10).

3.2. Benefícios da não institucionalização

A habitação como residência habitual, assim como os seus espaços interiores e envolventes, faz com que o idoso reviva as memórias e reproduzir as pequenas histórias e as ocasiões mais distintas que decorreram ao longo da sua vida. A sua casa fortalece o sentido de segurança e de poder acautelando e banindo os riscos de desorientação espacial. Estas referências complementam-se com a observação dos costumes da

vizinhança e ouvindo os sons da natureza envolvente que lhes são familiares, tendo a possibilidade de manter as suas rotinas que constituem marcos de orientação temporal, (Cunha, 2007, p. 25).

“Ao conceito de casa e domicílio estão, ainda hoje, associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e de poder. É daí que sobretudo para a pessoa idosa, emergem cenários do seu quotidiano remoto ou mais recente, evocações de dor, de felicidade, de conflito, de encontro e de partilha,” (Cunha, 2007, p.25)

A permanência do idoso na sua habitação possibilita vivenciar o seu ambiente familiar, transmitindo-lhe maior segurança, conforto e bem – estar. A institucionalização é uma experiência angustiante, destacando que os idosos dependentes elegem o seu meio social e familiar para permanecer, (Pimentel, 2001, Cit. In. Imaginário, 2008, p.112)

A tendência actual é considerar o domicílio como lugar privilegiado para os cuidados paleativos. O meio familiar oferece a continuidade da sua vida diária, estar rodeado de pessoas e objectos que lhe são familiares , sentindo-se menos isolado, considerando o hospital como local de passagem e uma situação transitória perante a doença. Os cuidados paliativos justificam-se especialmente pelo respeito de o doente querer morrer em casa, (Neto, 1993 , Cit. In. Moreira, 2006, p.45).

Sendo que as primeiras respostas sociais para idoso se designavam de Asilos, a partir da década de 50/60 surgiu a necessidade de melhoria das mesmas, minorando a carga negativa que carregava a palavra “Asilo”, passaram a ser designados de Lares. Nos finais dos anos 60 surgem os primeiros Centros de Dia como resposta aberta e intercalar entre o domicílio e a institucionalização, contribuindo dessa forma para manter o idoso em meio sócio familiar. Esta resposta social intercede ao nível das necessidades básicas do indivíduo, prestando apoio psicossocial, estimula as relações interpessoais, evitando dessa forma o isolamento do idoso. O Centro de Convívio surge também nesta época mais vocacionado para atividades de lazer e animação do idoso ainda com autonomia, não se adaptando ao perfil das respostas para pessoas com dependência. (GEP & MTSS, 2009 , p. 14).

Após 1976, desenvolvem-se as políticas que ainda hoje predominam tendo como objetivo manter o idoso no seu domicílio o máximo de tempo possível. Este por sua vez na sua

habitação mantém as representações da sua existência, memórias, objetos, o lugar de pertença. Nos anos 80, surge com grande intensidade a resposta social Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD), sendo, na década de 90, alargada ao domínio da saúde. Previsto o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), sendo esta resposta dirigida as pessoas com dependência, tendo por base o mesmo público-alvo foi criada a resposta Social Unidade de Apoio Integrado (UAI), direcionada para pessoas com dependência que não possam ser apoiadas no domicílio necessitando de cuidados clínicos em internamento hospitalar, (GEP & MTSS, 2009, p.14).

Para a população portadora de deficiência e/ou incapacidade, existem em funcionamento respostas sociais tais como o Lar Residencial, Lar de Apoio, Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), Transporte (Público) de Pessoas Com Deficiência. Tendo como objetivo o Lar Residencial e o Lar de Apoio, o alojamento de pessoas com deficiência impedidas temporariamente de habitar no meio familiar, enquanto nas restantes respostas as pessoas com deficiência residem habitualmente nas suas habitações particulares, (GEP & MTSS, 2009, p. 14).

4. Revisão Bibliográfica e Normativos legais

O envelhecimento pode ser analisado segundo duas grandes perspetivas: a demográfica e a individual. Sendo que o envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da assimetria das pessoas idosas na população total (INE, 2002).

Os países tanto desenvolvidos como em vias de desenvolvimento no século XXI, apresentam um envelhecimento progressivo, cuja propensão tende a ser evolutiva devendo-se tal facto ao progresso da ciência, à melhoria das condições socio sanitárias e cuidados de saúde, tendo sido impulsionada através da industrialização. Fazendo-se notar um decréscimo da população jovem de 21% da população total em 2050, aumentando o número de idosos para 15,6% do mesmo ano, (INE, 2002).

A estrutura demográfica de Portugal, tal como dos restantes estados membros da União Europeia, caracteriza-se pelo envelhecimento da população. Em 2004, a proporção da população idosa já atingia os 17%, ultrapassando a média estimada para a União Europeia (16,5%) referente ao mesmo ano (INE, 2006).

Com o excessivo envelhecimento populacional os sistemas da Segurança Social, podem ficar comprometidos, traduzindo-se em custos elevados, ficando pendentes do financiamento do mesmo sistema, (Pimentel, 2001, Cit. In. Fialho, 2006).

Em Portugal, a população feminina apresenta maior longevidade e um número mais elevado que a masculina, o nível de dependência total é superior nas mulheres relativamente aos homens, (INE, 2001).

(Roussel, 1990 cit.in. Fialho, 2006) refere que, os idosos constituem um grupo social com algum poder económico e político. Estes podem exercer pressão juntos dos agentes políticos, culturais e económicos no sentido de manterem políticas ou de as modificarem. As gerações mais jovens, em épocas de crise, chegam a não compreender os benefícios dos idosos achando-os descomedidos.

Para apoiar a população envelhecida em Portugal registam-se diferentes modalidades de inter ajuda aos proenitores, o núcleo familiar raramente se organiza para prestar apoio, não o negando quando solicitado. Existe, por parte da família, uma coordenação de esforços que tem por base a partilha de encargos, de origem rotativa. Sendo a opinião do idoso muitas vezes ignorada, criando dessa forma um sentimento de inutilidade e de incapacidade relativamente aos que o rodeiam. As dificuldades sentidas pela rede de apoio em coordenar as necessidades e dificuldades a que estão submetidos, leva a que se esqueçam preferências, hábitos e gostos do idoso, (Hespanha,1993 cit. in. Pimentel L., 2005, p.75).

A sociedade, cada vez mais, é chamada a assumir obrigações de proteção social, tanto através de organizações não governamentais como através do estreitamento de laços e interrelações familiares. O discurso político e social vai no sentido de transferir e centrar os serviços na comunidade, sendo uma responsabilidade de todos e não só do poder público, existindo a tendência para valorizar as redes de solidariedade primárias, fomentando uma substituição progressiva parcial das redes de solidariedade formal pelas redes informais (Pimentel J. V., 2005, p. 28).

As políticas atuais de intervenção e os respetivos programas centram-se num envelhecimento ativo, saudável e com êxito. Entendendo-se por envelhecimento positivo maior longevidade com saúde, produtiva e satisfatória atividade social. Glass (2003), refere este tipo de envelhecimento segundo as capacidades de funcionamento em múltiplos aspetos: psicológico, social e emocional, prevendo-se a possibilidade de um

funcionamento excepcional. Segundo Lupien y Wan (2004), a definição biológica do envelhecimento com êxito ; estabelece envelhecer com o mínimo de doenças possíveis próprias da idade avançada, estando associado à prevenção de doenças e promovendo um comportamento saudável (Ballesteros, 2009, p. 194).

4.1. Políticas sociais/ familiares integradas e Acção concertada

A Constituição da República Portuguesa de 1976 - no seu artigo (CRP) n.º 1, art. 63º define, que:

” Todos Têm direito à Segurança Social”, enquanto no n.º 5 “O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, sem carácter lucrativo, com vista à prossecução dos objectivos de solidariedade social...”.

O artigo 72º da mesma norma sob o título “*Terceira Idade*” consagra os direitos das pessoas idosas, princípios, o conteúdo da política da terceira idade.

A revisão constitucional de 1992 mantém as grandes orientações políticas e os princípios em que assentam. E passando de “Assistência Social” a “Acção Social”. Sendo desenvolvida esta acção essencialmente pelas instituições particulares de solidariedade social e particulares. Vinculando esta legislação, as competências do Estado junto das IPSS e da iniciativa privada. Reconhecendo-lhes o estatuto e fins de solidariedade social e apoia-as financeiramente mediante acordos típicos ou atípicos (Cunha, 2007, p.11).

Sendo de extrema importância uma política societária de responsabilidade alargada a vários agentes sociais, existindo situações especiais que são responsabilidade do estado, não podendo essas necessidades ser deixadas na mão de cuidadores informais “ *80 por cento dos cuidados informais são prestados pelas famílias aos idosos dependentes*” (Osório & Coord), 2007, p.30).

A intervenção social pode se ambivalente pode criar bem-estar assim como dependencia. Primeiro a *I Assembleia Mundial de Viena sobre envelhecimento, 1982, segundo a Assembleia das Nações Unidas a favor dos idosos(1991)*, diretrizes fundamentais para as politicas sociais e respectiva promoção da terceira Idade. Nesta primeira redigiu-se “ Plano de Viena” baseado em duas categorias diferentes: “

considerações gerais da política social” e “ recomendações pontuais de Acção”, (Osório & Coord, 2007, p.31).

Estas políticas devem debruçar-se na vontade firme de alcançar o prolongamento da vida humana, tendo a pessoa idosa um papel activo na sociedade. A partir da idade adulta , todas as pessoas se devem preparar para a reforma. As medidas devem beneficiar a pessoa idosa deixando que esta se realize pessoalmente : participação na família e no sistema de parentesco, ter acesso a serviços voluntários na comunidade, crescimento continuo através da aprendizagem formal e informal; expressão pessoal através de artes e ofícios; actividades religiosas; recreio e viagens; trabalho parcial e participação no processo político (Osório & Ccoord, 2007, p. 31).

As recomendações específicas segundo o Plano de Viena, são formuladas tendo em atenção as preocupações da pessoa idosa circunscritas aos seguintes âmbitos : saúde e nutrição; habitação e meio ambiente; família e bem estar social; segurança do rendimento e emprego; educação , utilizando as pessoas idosas como transmissoras de conhecimento, cultura e valores perante as gerações mais jovens, (Osório & Coord, 2007, p.31).

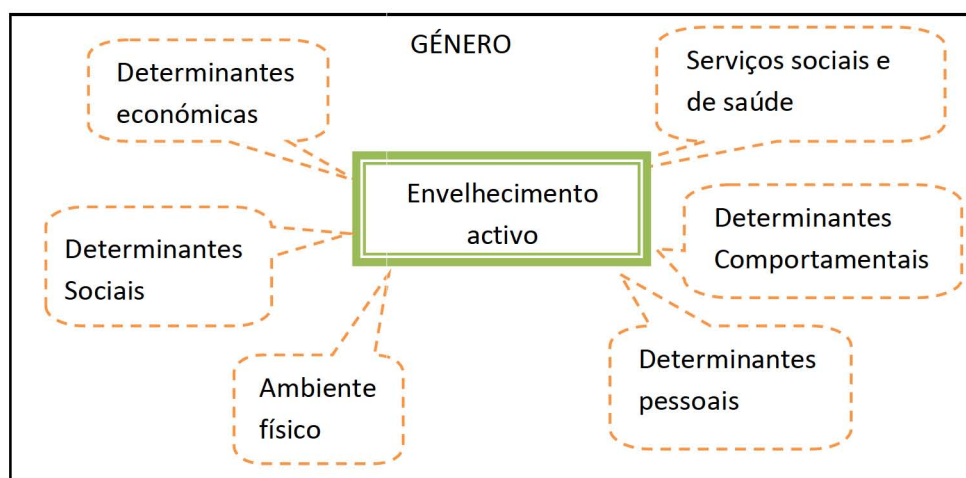


Fig. 1. Determinantes do Envelhecimento ativo (de acordo com OMS, 2005); (Ribeiro & Paúl, Manual de Envelhecimento Activo, 2011: 3). Ilustração VI- Determinantes do Envelhecimento ativo

Verifica-se, assim, que para uma protecção social da família, esta tem de ser o alvo de políticas sociais/familiares integradas.

O bem-estar dos indivíduos e das famílias faz parte de um processo de desenvolvimento centrado no factor humano.

Qualquer comunidade ou sociedade depende largamente de cidadãos realizados do ponto de vista social, económico, político, cultural, espiritual, físico e emocional.

Se a família está no centro da criatividade da vida, devemos sistematicamente e a todo o custo ser defensores de uma política que a reforce, permitindo-lhe jogar eficazmente os papéis que esperamos dela. No entanto, as políticas ou medidas de protecção não poderão em nenhum caso tomar a cargo toda a responsabilidade. As famílias e as comunidades devem elas próprias, de uma forma ou outra, serem responsáveis também pelo seu próprio bem-estar e progresso social. (Madeira, 1996, p. 10).

Segundo G.Rodriguez Cabrero(1997), diz-nos que existem dois modelos básicos de abordagem politica em relação às pessoas idosas . O *modelo ideológico* , criado pelo alarmismo dos dados estatísticos reproduzidos pelos censos e os reportam para a população envelhecida. E o *modelo Sócio-histórico* que considera as pessoas uma construção social. Olhando o processo natural de envelhecimento, diferenciando-se este grupo como socialmente estruturado e aberto á mudança (Osório & Ccoord), 2007, p. 27).

CAPITULO II

5. ESTUDO PRÁTICO

5.1. Problematização

O que se pretende com o estudo pode ser traduzido com a questão de partida **“Integração Familiar ou institucionalização do idoso, qual o processo mais benéfico do ponto de vista de cuidadores e de idosos?”**

5.2. Pergunta de partida e objeto de estudo.

Por isso, objetivo de análise é: **“Integração Familiar e Institucionalização”, percepções dos cuidadores e idosos face à integração familiar e face à institucionalização?**

Quanto à questão de partida pretendemos dar-lhe resposta através de um estudo realizado junto de cuidadores e idosos, verificando as suas posições relativamente à institucionalização e à integração familiar.

A conclusão dos dados obtidos junto do cuidador e idoso sobre a temática, apresentam-se segundo tabelas baseadas na entrevista - avaliação qualitativa e apresenta-se em escalas e gráficos para os dados quantitativos através de questionário e escala de Gijón, permitindo-nos conhecer através destes dois instrumentos de análise o nível de risco existente tanto em idosos institucionalizados como no seio da família, confirmando os dados obtidos com bibliografia que sustente a posição da população alvo.

Pretendemos assim dar a conhecer até que ponto os participantes do estudo, consideram que o idoso vive e tem mais condições no seio da família ou numa instituição, envolvendo a análise da parte afetiva, económica, social, assim como a capacidade de realizar as atividades de vida diária. Quem cuida? Que idades têm os cuidadores e qual grau de parentesco? Se a rede de vizinhança constitui ou continua a constituir rede de suporte? Se o poder económico interfere na selecção e na capacidade de dar resposta aos problemas inerente da longevidade e da debilidade? “A escolha de tratar é uma opção ou uma imposição?”

5.3. Participantes e Instituição parceira

O estudo realizou-se devido a participação de idosos e cuidadores a residir no seu domicílio, cujos dados (identificação e morada), para possível contacto foram facultados pelo Centro de Saúde, isento de qualquer interesse ou particularidade. Após a autorização da ARS/ACES e SNS/ Centro de Saúde., para a parceria na realização do estudo, duas pessoas chave para a investigação (Diretora e Médico) indicaram quatro participantes de 14 por eles selecionados, com base no perfil dos participantes previamente entregue naquele serviço. Procuramos com isto dar alguma aleatoriedade na escolha dos casos, a fim de salvaguardar que o investigador pudesse interferir na sua escolha e afetar a validade.

A instituição de idosos “CSSCL” que participou no estudo aqui apresentado é particular de reduzida dimensão (24 Clientes e 12 colaboradores), situa-se no concelho de Bragança, inserida no centro da comunidade populacional, possuindo as condições de segurança e habitabilidade, segundo o Dec. Lei. N.º12/1998.

6. METODOLOGIA

6.1. Tipo de estudo

O estudo pretende então analisar a realidade vivenciada pelo idoso e seus cuidadores no âmbito do domicílio e na instituição, em meio rural e urbano no concelho de Bragança. Cujo objetivo de análise é “ Integração Familiar ou Institucionalização”, viver integrado no meio familiar? Viver em integrado em meio Institucional?

- 1) Pesquisar as duas perspectivas a nível de: vantagens e inconvenientes no seio da família e na Instituição?
- 2) Reconhecer as dificuldades e apoios disponibilizados junto do cuidador e idoso?

Desta forma, a disponibilidade para pesquisar comparativamente estas duas realidades tendo como objetivo um melhor conhecimento das mesmas e iniciar o debate necessário sobre a questão. Não pretendendo fazer um estudo alargado e generalizado, recorreu-se à metodologia qualitativa porque permite ao investigador uma análise de contexto, observação e recolha dos discursos e perspectivas dos seus intervenientes / atores, será o melhor caminho metodológico

Com o estudo pretende-se uma análise de caso, em micro contexto utilizando-se a entrevista direta, questionários de avaliação de capacidades físicas, mental e adaptação social baseado nas escalas “de Barthel, Índice de Lawton Y Brodie, Escala de Pfeiffer, Escala de Zarit, Guijón”, adaptando-as ao estudo em causa e a análise social isenta de quaisquer valores predefinidos e valores a obter.

Sendo demasiado importante para o investigador na área social e na pesquisa em causa conhecer e precisar as escolhas de métodos de estudo utilizados com fundamentação metodológica, de forma a planificar e desenvolver pesquisas, definir estratégias que lhes permitam conhecer, pesquisar, analisar e avaliar cada problema na sua totalidade, sem inferências dos participantes nos resultados a obter, como podemos constatar pelos autores que fundamentam as etapas, utilização e técnicas e o distanciamento do investigador.

Uma das primeiras etapas do investigador é construir um projeto de investigação com base na sua experiência propondo-se dessa forma sublinhar a necessidade de reconhecer, explorar e investigar a experiência concreta e a personalidade para os problemas que se pretende investigar. As experiências de vida e conhecimentos profissionais devem ser canalizados para a identificação de necessidades, problemas, orientação para o questionamento, localização das fontes e informantes (Afonso, 2005, p.48).

Mantendo como investigador um distanciamento experimental em relação ao tema, contexto de estudo sendo uma “mais-valia” indicativa para poder questionar a realidade, uma avaliação mais reveladora e menos contaminada pela cultura organizacional ou profissional do contexto, (Afonso, 2005, p. 48).

Dizendo - se que a pesquisa de terreno é a arte de obter respostas sem fazer perguntas. As respostas obtêm-se no decorrer da conversa informal, observação directa, participante e continuada. Sendo que, por vezes, as informações mais significativas não provêm das respostas dadas a este mas, das perguntas que lhes são feitas, pode decorrer mais ao longo da pesquisa, acontecendo essencialmente nos primeiros contactos (Costa, 1986, p.138).

As perguntas normalmente feitas nos primeiros contactos: sobre quem ele é, o que faz, o que quer, o que pensa disto ou daquilo, solicitações, os avisos - são fontes extremamente importantes de informação, sobre os quadros de representações, sistemas de classificações, valores, normas, os sistemas de *status*, papéis sociais, tácticas de relacionamento quotidiano (Costa, 1986, p.138).

Informações mais significativas decorrem das interpelações de que é alvo o investigador e das acções a que é sujeito, da redefinição da situação, reorganização da rede sociais produzidas na unidade social em estudo ,(Costa, 1986, p.139).

Um método de estudo de caso intensivo não se pode socorrer apenas de uma única técnica, mas de uma diversidade delas, accionadas alternada ou simultaneamente pelo investigador. Sendo a eficiência das técnicas diferente dependendo da informação que se pretende obter. (Costa, 1986; p.140

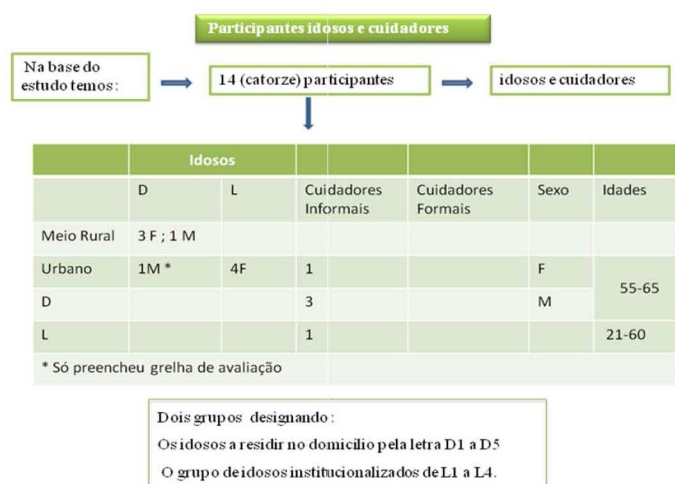
Segundo (Morris Zeldith, cit in Costa, 1986, p.140) a observação directa participante e continuada, conversas e entrevistas informais, são as mais usadas para recolha de acontecimento. A entrevista a informante é a preferida para reconhecer status sociais no contexto em análise.

Aquilo que até dada altura não tínhamos visto ou encontrado pode ser exótico, podendo ser também conhecido até um certo ponto. Assim como, aquilo que nos é familiar e com o qual lidamos no nosso quotidiano não ser necessariamente conhecido, (Costa, 1986, p.147).

As noções de exótico e familiar necessitam de ser relativizadas e precisadas. Em primeiro lugar , há diferentes graus de familiaridade e exotismo. Em segundo lugar , o carácter exótico de um objecto não é por si sinónimo de objectividade no conhecimento para o investigador . Podendo ocultar sinais sociais e enviesar a interpretação das observações. Em terceiro lugar tomar um quadro social por familiar não é o mesmo que conhecê-lo. Uma das principais consequências da familiaridade é passar ao nível do inconciente, automático, naturalizado, do não explicitamente percebido. A familiaridade sem problematização significa enviesamento de análise, (Costa, 1986, p.147).

6.2. Participantes idosos e cuidadores

Na base do estudo temos como ponto de partida 14 (catorze) participantes no total, constituído de idosos e cuidadores. Tendo 9 (nove) idosos, três cuidadores informais do sexo masculino em domicílio a residir em meio rural, e um dos cuidadores informal a viver em meio citadino de sexo feminino em domicílio, um cuidador informal a nível institucional, com idades compreendidas entre os 55 e 65 anos de idade. A idade dos cuidadores formais varia entre os 21 (vinte) anos e os 60 (sessenta) anos, correspondendo ao período de vida ativa a nível de trabalho.



Quadro II- Participantes idosos e cuidadores

Temos como participantes do estudo cinco idosos no domicílio, três mulheres e um homem dos quais, três deles a viver no meio rural e um elemento feminino a viver no meio citadino, um idoso do sexo masculino apenas preencheu as grelhas de avaliação, não efetuou a entrevista por não ter disponibilidade de tempo nesse momento nem disponível posteriormente, não tendo sido considerado a nível de entrevista.

A nível de institucionalizados quatro elementos do sexo feminino.

Integração Familiar ou Institucionalização

Participantes do estudo				
Domicílio		Institucionalizados		
Idoso	Cuidador Informal	Idoso	Cuidador informal	Cuidador informal
	C. Informal	próprios idosos	um cuidador	
Os idosos condições para participar por debilidade				

Quadro III – Participantes do estudo

O estudo foi efetuado junto de dois grupos mais os cuidadores, designando os idosos a residir no domicílio pela letra D1 a D5 e mencionando o grupo de idosos institucionalizados de L1 a L4.

Integração Familiar ou Institucionalização

Participantes do estudo nos resultados apresentados					
	Idosos	Cuidador Formal	Cuidador Informal	Casos Domicílio (D)	Casos Instituição (L)
Domicílio			Filho	> D3,D4: Um casal de idosos a necessitar de cuidados > D2: Idosa a viver na sua própria casa na aldeia, com dois descendentes de sexo masculino > D1: Idosa a residir na sua própria habitação, com uma descendente em meio urbano; > D5: Um idoso a residir com a esposa no domicílio em meio citadino (apenas respondeu ao questionário).	
			Filho		
			Filha		
			Filho		
Instituição	X		Filha		L1
	X				L2
	X				L3
	X				L4

Quadro IV- Participantes no estudo nos resultados apresentados

No domicílio, os cuidadores informais foram os participantes do estudo, nos resultados apresentados, não possuindo os idosos condições para participar por debilidade, enquanto a nível de institucionalizados temos um cuidador e os restantes participantes foram os próprios idosos.

O estudo em domicílio baseou-se nos seguintes casos: D3,D4: Um casal de idosos a necessitar de cuidados, a residir com um descendente em meio rural; D2: Idosa a viver na sua própria casa na aldeia, com dois descendentes de sexo masculino; D1: Idosa a residir na sua própria habitação, com uma descendente em meio urbano; D5: Um idoso a residir com a esposa no domicílio em meio citadino (apenas respondeu ao questionário). Em todos os casos foi-lhes dado a conhecer o objetivo do estudo através de minuta de consentimento informado, os quais aceitaram de livre vontade participar para o fim proposto e assinaram.

A entrevista e a aplicação de questionários de avaliação depois de terem sido testadas e verificados foram aplicados.

Na Instituição recorreu-se ao método de sorteio, referenciando-se 18 Clientes/ utentes dos quais se retiraram 4 idosos para estudo de caso.

6.3. Instrumentos de recolha de dados

- .Construção dos instrumentos / Categorias de análise

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados aos idosos a residir no seu Domicílio e na Instituição assim como ao cuidador formal e informal.

A construção dos instrumentos foi pensada com o objetivo de se complementarem através de triangulação de dados, com o objetivo de recolher o máximo de informação possível.

Com recurso a entrevista e questionário de forma a conhecer a debilidade e autonomia nas tarefas de AVD, analisar o tipo de apoio que lhes é prestado e qual o nível de risco a que o idoso está exposto tanto no domicílio como na instituição.

Foram usados para os efeitos três instrumentos de recolha de dados: A entrevista direta; Questionário; Escala de Gijón.

Tipo: A entrevista foi construída no sentido de perceber quais as dificuldades sentidas no dia-a-dia pelo cuidador e idoso, de forma a obter o máximo de informação possível, observar as condições existentes a nível habitacional. Foi preparado um guião da entrevista previamente para testar a sua aplicabilidade. Antes da aplicação foi dado conhecimento aos colaboradores do propósito da entrevista, garantindo o seu anonimato. A entrevista decorreu em média durante 10 minutos, tendo disponibilizado mais tempo para explicar o seu objetivo final, estando em contacto com os colaboradores cerca de 30 minutos. Tendo sido feita a transcrição integral do conteúdo, que depois foi tratado não por questão mas por categoria de análise. Para tal, foi usado software apoio análise conteúdo WeftQDA. Com a análise categorias foram construídas tabelas de apresentação de dados conforme anexo I.

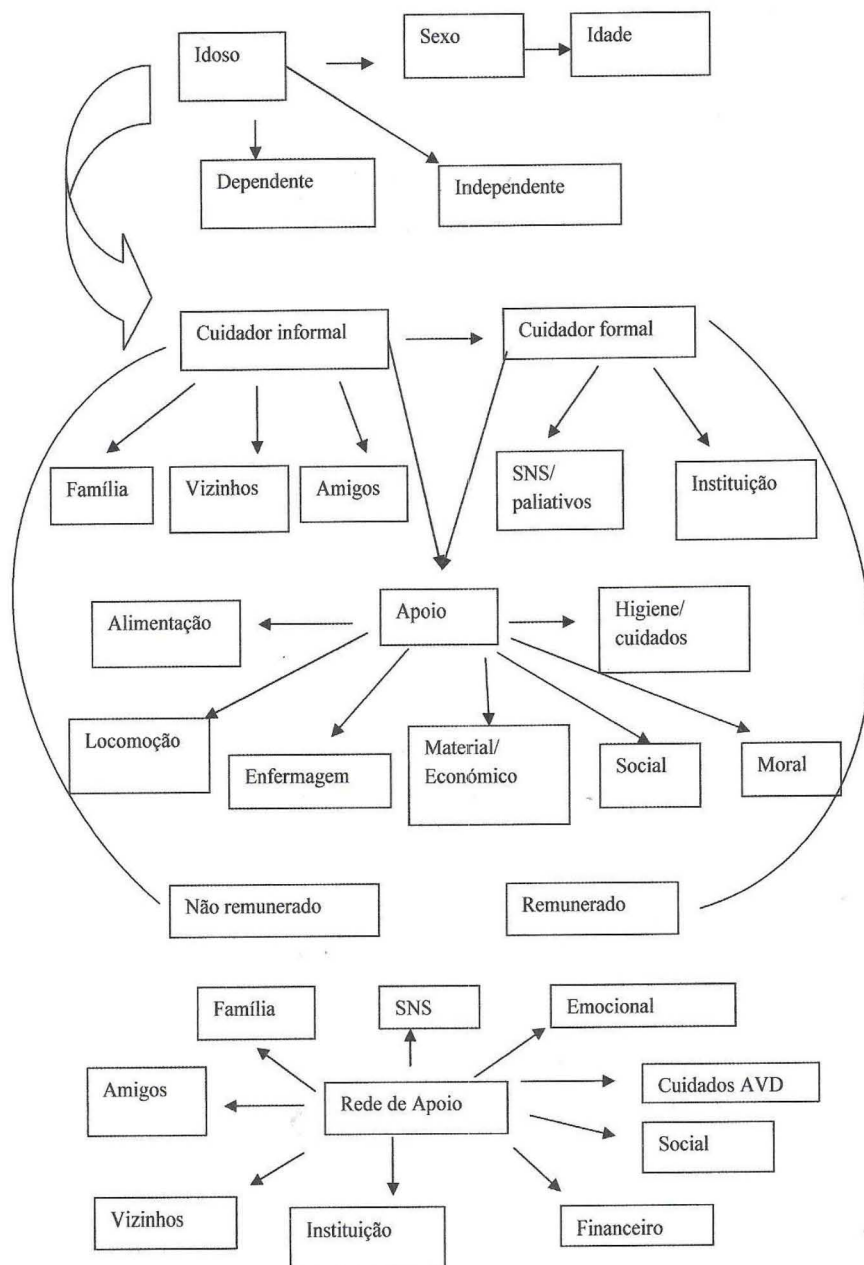
Tipo: O questionário fornece dados relativos a análise das capacidades de AVD, transmitindo o grau de debilidade e de autonomia dos idosos, assim como o risco social ao qual estão sujeitos. Os dados foram transformados em tabelas como se pode observar no anexo III, transformando-os posteriormente em gráficos para mais fácil interpretação a nível de domicílio e institucionalização, denotando-se diferenças substanciais especialmente a nível de autonomia e cuidados. O questionário em média teve uma duração de 10 minutos.

Tipo: Escala determina o nível familiar, económico e habitacional, relações sociais, apoios da rede social, dando-nos uma pontuação final que determina o risco social de cada idoso, como se pode observar nas tabelas no ponto 6.7.

6.4. Quadro Analítico Tratamento Entrevistas

O mapa I subdivide os vários parâmetros de análise, iniciando-se com o idoso, idade, género sobre o qual incide uma debilidade ou não, que tipo de apoio obtém se formal ou informal (Locomoção, Enfermagem, Material/ Económico, Social, Moral), sendo estes

obtidos através de remuneração - apoio formal (Pessoal Técnico) ou informal - não remunerado (família, amigos, vizinhos). As duas situações constituem a rede de apoio que conjugam esforços para o bem – estar do idoso. Complementando-se esta rede de apoio com o SNS e Segurança Social prestando apoio económico, material e humano.



Mapa I: Parâmetros de Análise dos apoios aos Idosos

6.5. Procedimento e aplicação

As entrevistas foram efetuadas no domicílio dos idosos e no meio institucional.

O procedimento aplicação dos instrumentos de pesquisa processou-se da seguinte forma: Foi-lhes dado conhecimento previamente da intencionalidade do estudo em causa, garantido anonimato e feita a leitura do consentimento Informado o qual assinaram.

Procedimento e aplicação										
	Consentimento	Reconhecimento Local	Contacto idoso	Barreiras Arquitetónicas	N.º Pisos	Escadas	Tempo de Entrevista	Tempo Questionário	Problemas de Saúde	Condições existentes a nível Institucional
D1	S	S	S	S	2	S	16m40s f	10 m	AVC	
D2	S	N	N	S	2	S	7m24s,	22m	Idade	R/Ch Animais
D3	S	S	S	S	2	S	13m32s	7m	Alzheimer	
D4	S	S	N	S	2	S	13m32s	7m	Parkinson	
D5	S	S	S	N	1	N	N	5m	----	
L1	S	S	S	N	4	S	9m27s n	8m	grave de alzheimer	Estipuladas por legislação vigente.
L2	S	S	S	N	4	S	6m36s;	6m	AVC - a solidão, ansiedade, lutos não resolvidos	
L3	S	S	S	N	4	S	4m51s;	7m	falta de equilíbrio, tonturas	
L4	S	S	S	N	4	S	3m84s,	10m	----	

Quadro V – Procedimento e aplicação

No caso D1 a entrevista com a duração de 16m40s foi realizado após marcação prévia, com reconhecimento do local habitacional e das condições existente, contactei com a idosa, que se encontrava em situação de acamada, percebendo o objetivo do trabalho mas tendo grande dificuldade de comunicar verbalmente devido as graves sequelas de AVC.

Tratava-se de uma moradia com condições de conforto, mas que apresenta barreiras arquitetónicas (escadas interiores e exteriores com vários patamares), tendo sido programada uma rampa para o jardim não lhes dando acesso total ao exterior. A entrevista efetuou-se na sala de estar da idosa, com total abertura e receptividade relativamente as questões apresentadas, denotando-se por parte da cuidadora principal um elevado grau de satisfação pelo trabalho realizado.

Relativamente ao caso D2, a entrevista com a duração de 7m24s, foi realizada dentro dos portões da casa, não tendo acesso ao interior da habitação, constituída de rés-do-chão e primeiro andar com escadas exteriores, reservando-se o rés-do-chão para arrecadação e albergue de animais. A permissão existiu porque ia acompanhada por um habitante da aldeia, sendo que de outra forma não teria qualquer entrada nem resposta, porque o acesso só é facultado ao SNS para apoio médico e de enfermagem, transportando-se em carro identificado. A primeira reação do cuidador foi brusca e com alguma agressividade oral,

após insistência enunciando o objetivo da abordagem foi possível realizar a entrevista e o questionário tendo uma duração de trinta minutos.

No caso D3 e D4, a entrevista teve a duração de 13m32s tratando-se de um casal a ter cuidados pelo mesmo cuidador e único, foi-nos facultada de imediato a entrada em casa encaminhando-me para a cozinha da habitação, nova com pouco conforto a nível de mobiliário. A D3 esteve presente e mostrou-se simpática oferecendo cerejas já que as tinha ao lado, sendo uma idosa com Alzheimer teve um procedimento habitual de receber no meio transmontano. Quanto a D4 apenas houve a descrição do cuidador já que não tive acesso ao quarto onde se encontrava acamado.

Relativamente ao caso D5 a resposta ao questionário foi dada pelo cuidador principal, quando da abordagem inicial e imediata, junto à habitação não sendo oportuno fazer a entrevista nesse momento e não se tendo realizado. A habitação independente, simples, já com alguns anos e sem barreiras arquitetónicas constituída apenas de rés- do – chão.

Os Idosos Institucionalizados: L1, idosa, debilitada numa fase grave de alzheimer, a necessitar de cuidados totais, e por tal motivo a filha respondeu ao questionário e entrevista com a duração de 9m27s na instituição. As entrevistas a L2; duração de 6m36s; L3 Duração 4m51s; L4 duração de 3m84s, foram efetuadas diretamente as idosas, tendo colaborado de livre vontade e com conhecimento prévio do objetivo a que se destinava. As condições existentes a nível institucional são estipuladas por legislação vigente.

Os instrumentos de análise usados para recolha de informação foram a entrevista directa, observação não participante, e um questionário de avaliação de capacidades físicas, mentais e integração social fundamentado e baseado nas escalas “de Barthel, (instrumento de avaliação da capacidade funcional do idoso – AVD). Índice de Lawton Y Brodie avalia a dependência nas Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), reproduzindo a capacidade do idoso para usar o telefone, realizar compras, preparar refeições, tratamento de roupa, assuntos económicos, responsável pela medicação.

Escala de Pfeiffer, Escala de Zarit”, são instrumentos validados que nos permitem de forma simples avaliar as capacidades existentes a nível das AVD adaptando-as ao estudo em causa e a análise social isenta de quaisquer valores predefinidos e valores a obter.

Com este tipo de análise pode-se fazer um estudo mais explícito da situação vivenciada porque, além de perceber a debilidade do idoso através dos questionários de avaliação de AVD, a escala (adaptada) de Sócio familiar de Gijón permite-nos perceber o nível de

risco a que o idoso está sujeito tanto a nível familiar como a nível institucional com uma análise quantitativa da situação.

A entrevista embora sujeita a um guião pré estabelecido, permite ao entrevistado alongar-se mais e fornecer informação a que, de outra forma, não teríamos acesso e perceber como a situação é vivenciada se demonstram cansaço, *stress*, obrigação moral, perante as respostas ao problema, analisar o grau de satisfação pelo trabalho realizado. O facto de existir uma deslocação ao local permite observar diretamente as condições existentes a nível habitacional e as barreiras arquitetónicas com que se deparam.

Nas pesquisas” ... nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica, (...) mas todos os que forem necessários ou apropriados (...) na maioria das vezes, há uma combinação de dois ou mais deles...”. (Marconi e Lakatos 1996, p.28, Cit. In. Imaginário, 2008, p. 93).

O facto de existir uma triangulação nos métodos utilizados aumenta a fiabilidade da investigação através de método qualitativo e quantitativo, “*as metodologias quantitativas e qualitativas não se opõem antes pelo contrario complementam-se*”, concluir pela triangulação de dados a nível de domicílio em contexto diversificado assim com em meio institucional em que as divergência de dados nos permitem um estudo, com variadas fontes de informação para o mesmo fenómeno (Lalanda, 1998, p. 872, Cit. In. Imaginário, 2008, p. 92).

6.6. Análise de dados

A análise dos dados obtidos apresenta - se através de três instrumentos em conformidade com os dados obtidos:

As entrevistas foram tratadas por categoria de análise através de tabelas onde se identifica o participante pela letra correspondente seguido da respetiva resposta, dando continuidade a pergunta formulada, procedendo a fundamentação teórica referenciando outros autores reforçando dessa forma os dados obtidos, dando-lhes sustentabilidade científica a nível de pesquisa. Através deste método de pesquisa podemos verificar qual a perceção dos participantes relativamente a: viver no domicílio e/ou em meio institucional, quais as diferenças que consideram significativas entre os dois meios, as dificuldades sentidas pelo cuidador e pelo idoso, dando-nos a conhecer quais os meios externos que dispõe para superar as dificuldades, como se pode concluir na apresentação dos resultados.

Relativamente as categoria de análise, o questionário, vem complementar a informação fornecendo mais valores, relativamente a autonomia nas AVD e estado global de saúde e bem – estar, apresentando os resultados em gráfico, complementando os resultados obtidos com fundamentação teórica.

A utilização da escala de Gijón, permitiu-nos conhecer o nível de risco vivenciado por cada participante, dando-nos valores para concluirmos qual das vivências a nível de meio envolvente apresenta menores riscos conforme quadro demonstrativo apresentado no ponto 6.7.2

6.7.Apresentação dos dados.

6.7.1. Questionário

- Idade do doente?

Grupo D - Podemos verificar as idades **dos Idosos 89, 96, 83 Anos Feminino; 84 anos** masculinos no domicílio, mais um inquérito respondido mas sem entrevista sexo masculino com **83 anos**.

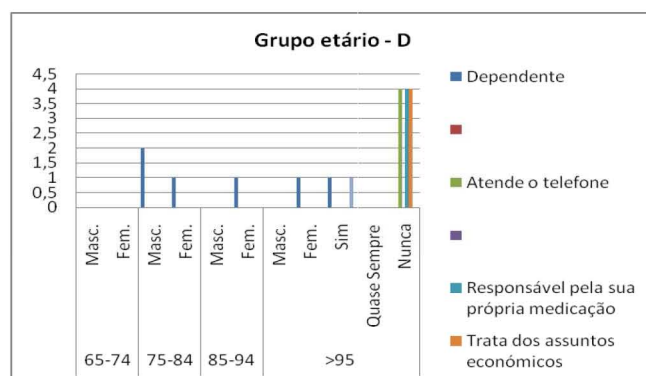


Gráfico I -Grupo Etário - Domicilio

Institucionalizados (L): 92, 76, 86, 76 anos sexo feminino.

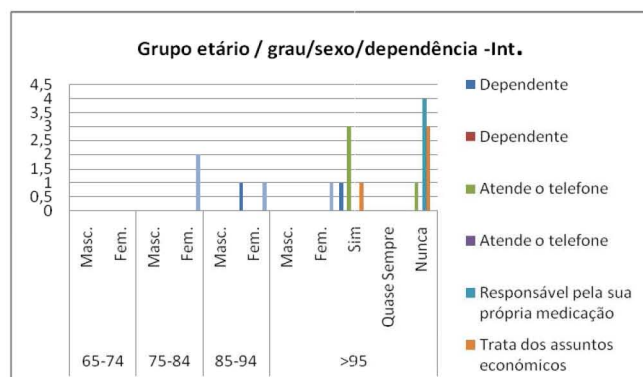


Gráfico II - Grupo Etário/ Sexo/Dependência Instituição

Pelo que nos foi dado observar os idosos a residir no domicílio, todos eles tem dificuldades acrescidas no contacto com o exterior, não atendem o telefone (5), não tratam de assuntos económicos e não tratam da sua medicação, podendo-se incluir numa fase de debilidade bastante acentuada ou mesmo moderada /grave.

A nível dos idosos institucionalizados denota-se mais autonomia, tendo na população alvo 3 casos em que atendem o telefone, administram o seu dinheiro e são responsáveis pela própria medicação, não sendo elas a adquirir mas conhecendo e sabendo o que vão tomar. Tendo uma situação em que a demência em estado grave não lhes permite qualquer actividade de vida diária sem a ajuda de outrem.

Pelo que podemos observar tanto no domicílio como na instituição, as mulheres são o grupo dominante, tal facto concorre com o que se passa nas sociedades ocidentais, pela maior longevidade verificada no sexo feminino, sendo um característica também na nossa sociedade.

Observa-se que o número de idosos do sexo feminino é superior tendo como estudo de caso três senhoras e um senhor no domicílio e quatro senhoras institucionalizadas.

O que nos dizem alguns estudos é que a mulher tem uma esperança de vida significativamente maior do que o homem (entre cinco e dez anos), variando consoante o país. Na população global, as mulheres são significativamente mais do que os homens. Se as mulheres têm uma maior longevidade não se pode considerar a mesma idade cronológica equivalente, um homem e uma mulher não possuem a mesma idade funcional ou biológica, sendo o sexo feminino mais jovem do que o masculino. Adoptando a mesma proporção de homens e mulheres numa amostra, e assumir o risco de sobrestimar o efeito do envelhecimento, (Fontaine, 2000:49)

- **Idade do tratador?**

No domicílio temos como tratadores, 1 elemento do sexo feminino com 58 anos, e 67, 71, 57 sexo masculino que predomina em relação a um elemento do sexo oposto.

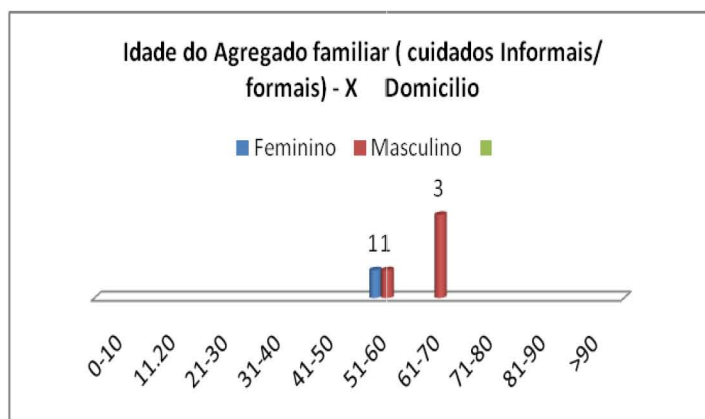


Gráfico III - Idade do Agregado familiar (cuidados Informais/ formais) - Domicilio

Tendencialmente é a mulher que trata, neste estudo de caso temos uma situação inversa. Ficando-se a dever ao facto de três elementos terem o estado civil de solteiros e viverem na casa dos pais, além de existir um elemento que teve uma vida família constituída através do casamento e posteriormente se destruturou com a separação, existem sinais evidentes de um pós guerra demonstrando alguma instabilidade emocional e referindo alguns factos como presentes ainda na sua vida o que o leva a regressar ao ninho dos progenitores, mantendo por tal motivo o apoio e tratamento do progenitor(a) ainda vivo.

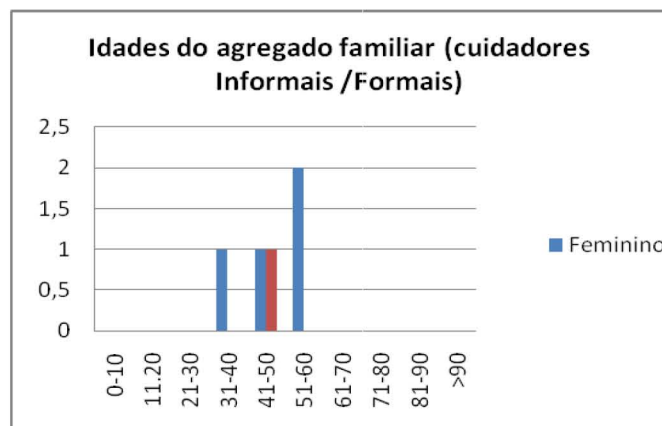


Gráfico IV - Idades do agregado familiar (cuidadores Informais/ Formais) Instituição

Na instituição (L) as idades do cuidador formal neste estudo de caso são: 44, 50, dos 21 aos 60 anos, e ainda uma resposta “*não se lembra*” da idade das funcionárias.

Como podemos analisar no meio institucional o grupo de cuidadores é mais jovem visto estar inserido num período da vida activa e de actividade laboral.

- **Idade em que iniciou o declínio?**

Apresentam-se os seguintes resultados: D1- (79 anos) - 11 anos de debilidade – AVC; D2- Penso que é a idade; D3 – (76 anos) - 5 ou 6 anos falta de resistência muscular, Parkinson, acamou; D4- (79 anos) insuficiência cardíaca, epilepsia, Demência (Alzheimer)

O início da debilidade registou-se aos 79, 76, 55, 79, anos este último tendo sido o cuidador principal do marido com Parkinson e falta de resistência muscular o que por sua vez denota o *stress* e o desgaste do cuidador.

Associar velhice a dependência pode ser um estereótipo, visto a debilidade surgir em qualquer estágio de vida, reflecte uma patologia e não os efeitos da idade, ou seja a dependência não é um factor que caracteriza esta fase de vida. Porque pode manter-se até uma idade muito avançada sem qualquer sintomatologia, assim como também podem aparecer decréscimos cognitivos e físicos em idade muito precoce, (Sousa & Cerqueira, 2006: 41).

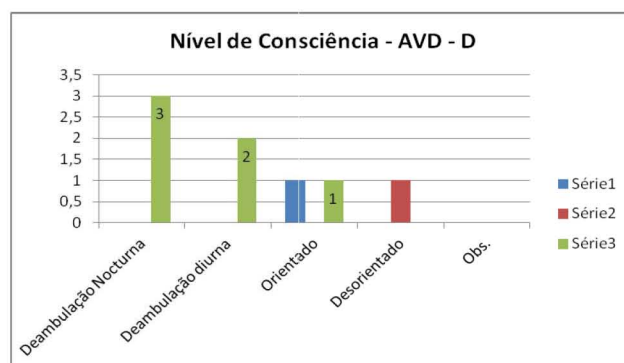


Gráfico V - Nível de Consciência. Domicílio

No gráfico V acima representado apresentam-se os valores correspondentes as respostas obtidas, podendo traduzir-se nos seguintes valores perante a amostra, temos 40% da população alvo consciente, 20% orientados, desorientados 20% e confusos 20% o que nos transmite que o estado mental já apresenta alguma debilidade existindo demência Parkinson, Alzheimer em estado moderado.

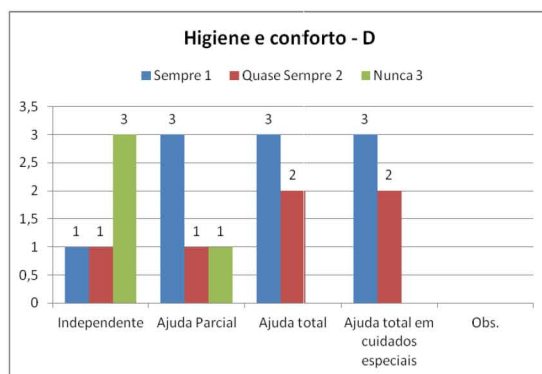


Gráfico VI - Avaliação cognitiva. Domicílio

Verifica-se no gráfico VI os valores obtidos neste estudo relativamente as alterações cognitivas: 33% deterioração grave; 33% de deterioração moderada; 34% função intelectual normal segundo a população alvo.

A nível institucional temos como idades L1- 80 anos – 12 anos de debilidade tendo ultrapassado todas as fases de Alzheimer leve moderada e grave estando neste momento completamente dependente de terceiros.

Quanto a L2 – 12 anos de debilidade – 64 anos, AVC - a solidão, ansiedade, lutos não resolvidos e a necessidade de assistência médica (medicina, psiquiatria e apoio social), leva a paralisação dos membros tendo dado entrada no hospital para tratamento e posterior entrada na instituição através do serviço social.

L3- “ Já foi ao tempo não me lembra”, queixa-se de falta de equilíbrio, tonturas”

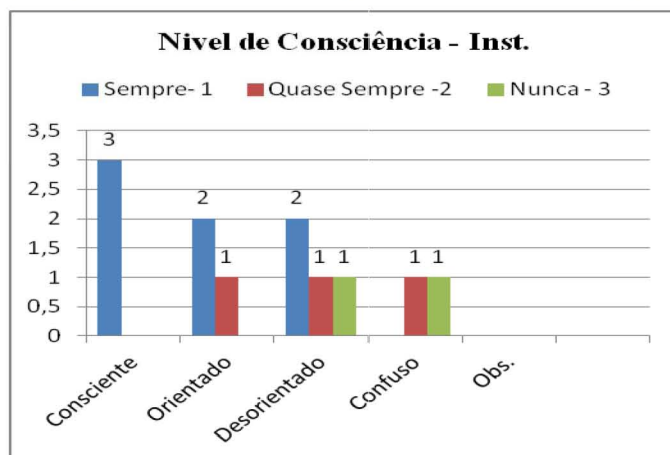


Gráfico VII - Nível de Consciência - Instituição

Tendo como resultado no gráfico VII a nível institucional: 37% o nível de consciente; 37% como orientado; 13% confuso; 13% desorientado pelo que nos é dado observar a percentagem de orientados e conscientes é bastante superior, denotando uma qualidade de vida superior ao domicílio.

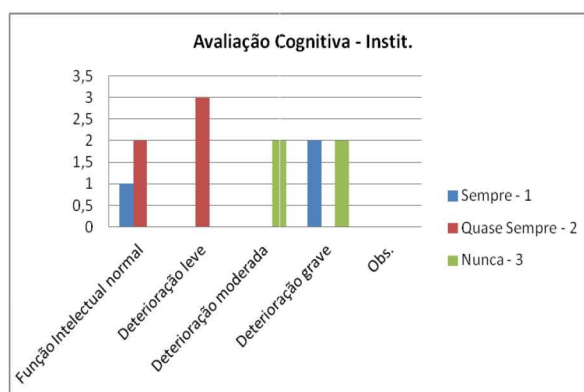


Gráfico VIII - Avaliação Cognitiva - Instituição

Tendo como valores no Gráfico VIII a nível institucional relativamente a avaliação Cognitiva: 50% função intelectual normal; 25% de deteriorização leve; 25% de deteriorização moderada.

Segundo DGS, a dependência e a demência pronunciaram-se entre os 76 e 79 anos tendo como condicionante o envelhecimento com tendência a evidenciar-se mais com a idade, a doença de Alzheimer tem a sua incidência dentro dos parâmetros normais ditados pela Direção Geral de Saúde (DGS).

A DGS (2004: 9), relativamente à doença de Parkinson: “a *prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neurodegenerativas mais comuns na população idosa*”.

A Demência de Alzheimer (DA) têm uma prevalência aos 65 anos de 1% aumentando aos 85 anos para 30% e duplicando entre os 60 anos e os 90 anos, normalmente afecta mais as mulheres que os homens e o sexo feminino sobrevive mais tempo com a demência. (Direcção Geral de Saúde, 2004: 4)

- **Qual a principal razão de saúde que conduziu a debilidade?**

Quanto ao entrevistado D2 não respondeu a esta pergunta mas considera-se respondido na n.º 3 “ A idade”

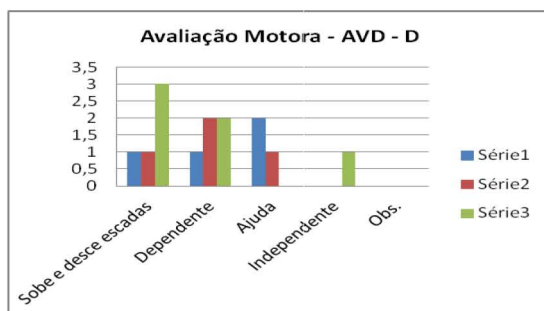


Gráfico IX - Avaliação Motora - AVD - Domicílio

Podemos observar Gráfico IX que: 50% da população alvo necessita de ajuda, sobe e desce escada 25% e dependente 25%.

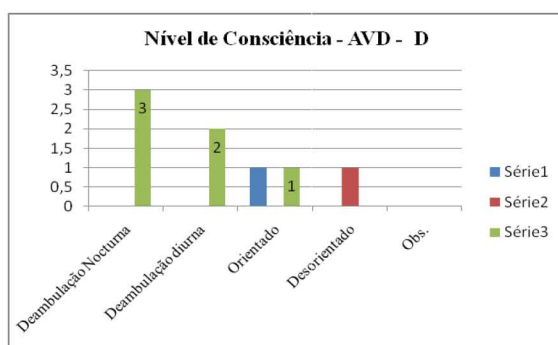


Gráfico X - Nível de Consciência - AVD - Domicílio

Temos três idosos com deambulação nocturna; dois com deambulação diurna; um orientado e um desorientado o que nos transmite que o apoio é constante e os cuidados redobrados, podendo através da deambulação existir o perigo de fuga não percebida trazendo riscos acrescidos para o idoso e cuidador

D1 - “Logo que veio do hospital começou terapia com M D mas, dada a debilidade dela, que se alimentava muito mal, não tinha progressos visíveis. Então, ... reunimos familiarmente e, o recurso que achamos melhor para ela, era ter apoio da fisioterapeuta em casa”.

D3; D4. “ O meu pai agora está sempre na cama porque na cadeira aguenta-se pouco tempo. Há seis anos levantava-o da cama e deitava - o no escano, na cozinha. Agora está sempre na cama, está ele mais sossegado e a agente também, podemos ir fazer alguma coisa senão, não podíamos ir a lado nenhum, estar junto dele 24 horas sobre 24 horas sem poder sair, é impossível”.

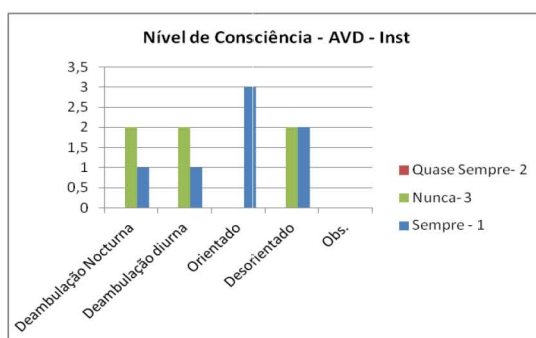


Gráfico XI - Nível de Consciência - AVD - Instituição

O nível de consciência nas AVD apresenta-nos os seguintes resultado: orientado 60%; deambulação noturna 20%; deambulação diurna 20%.

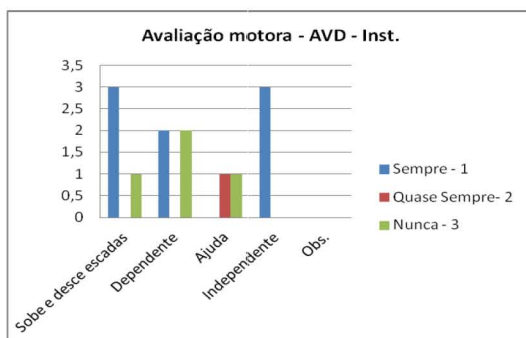


Gráfico XII - Avaliação motora - AVD - Instituição

Temos gráfico XII como: Independentes 43%; sobe e desce escadas 43%; dependente 14% denota-se que na instituição se mantêm mais despertos, activos e auto-suficientes relativamente ao domicílio

Quanto a população institucionalizadas as respostas foram Alzheimer, AVC e Esquecimento, “É a cabeça, o que tenho é tontura na cabeça, esqueço-me de tudo, muito esquecida”.

Pelo que podemos observar temos perspectivas diferentes enquanto a família de “D1” vive a esperança da recuperação, manter e melhorar o bem-estar e minimizar a debilidade, a alimentação é também uma preocupação para alguém que teve um AVC, nem sempre consegue controlar os movimentos de deglutição correctamente, surgindo a necessidade de cuidados alimentares especiais (dieta líquida), para uma melhor recuperação, pensa-se na terapia em casa porque a fonte de rendimento assim o permite.

Relativamente ao “D3; D4” “O meu pai agora está sempre na cama porque na cadeira aguenta-se pouco tempo.....”

O ambiente simples e a redução de recursos no seio familiar leva a que a debilidade o entregue com mais facilidade a uma cama. Visto não ter *apoio* a nível de terapia da fala nem fisioterapia, para ajudar na locomoção aumentando a firmeza muscular e retardando a debilidade. Melhorar o posicionamento em que o cuidador principal não se consegue revezar com facilidade. Tendo como obstáculos: o local onde vive, os recursos, a distância do centros hospitalares e de apoio, o tempo e uma reforma mísera.

No regime geral, são garantidos os seguintes valores mínimos, de acordo com a carreira contributiva do pensionista:

REGIME GERAL	
Carreira contributiva N.º de anos	Valor mínimo da pensão
Menos de 15	€ 246,36
De 15 a 20	€ 274,79
De 21 a 30	€ 303,23
Igual ou superior a 31	€ 379,04

Ilustração – VII- Regime geral contributivo

Regime Especial de Segurança Social das Atividades Agrícolas (RESSAA),- € 227,43;
Pensão Social - € 189,52, (2011 & DGSS, 2011).

PENSIONISTAS/IDADE	MONTANTE
Menos de 70 anos	€ 17,54
70 anos (ou que os venham a completar)	€ 35,06

Ilustração VIII - Pensionista/ Idade – Montante

Complemento por Dependência

GRAU DE DEPENDÊNCIA	AUMENTO	
	Regime Geral de Segurança Social	RESSAA, Regime Não Contributivo e Regimes Equiparados
1.º Grau	€ 94,77	€ 85,28
2.º Grau	€ 170,58	€ 161,09

Ilustração IX - Grau de Dependência

Complemento por cônjuge a cargo (Regime Geral) - € 36,80, (2011 & DGSS, 2011).

D2 “A minha mãe recebe uma reforma de duzentos e poucos euros, está com trezentos e tal com a ajuda da pensão do homem que morreu. Mesmo com esta miséria de reforma não conseguimos, que ela receba a segunda reforma. Por isso não acredito em promessas de ajudas”.

Pelo que podemos observar nos quadros anexos o montante auferido não permite usar de grandes técnicas e meios para manter quem quer que viva a situação de dependência com

o máximo de condições sem que a família ajude ou tenha antecipadamente pensado na velhice, amealhadas algumas poupanças.

Segundo os programas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) vigentes com uma Acção Social mais abrangente e total, desenvolvendo iniciativas, e procurando agir no meio social, dando apoio formal aos cuidadores diretos, propondo-se fazer melhorias nas estruturas do quadro de vida pelo desenvolvimento económico e social. Apelando à adesão e participação das pessoas, das famílias, das comunidades, das estruturas locais e órgãos decisórios, para uma análise, avaliação e procura de soluções para as necessidades duma sociedade em constante mutação.

O apoio social baseia-se em conhecer os recursos para à posterior poder disponibilizar recursos específicos que se baseiam em quatro aspectos essenciais: apoio emocional, instrumental (auxílios materiais, trabalho técnico, ajuda financeira); apoio de informação (aconselhamento sugestões e orientação para a resolução do problema); interacção social positiva (disponibilidade de pessoas para poder sentir-se mais liberto e relaxar). (Camargo, 2010, p. 243)

Quanto a L1; L2; L3, vivem em meio institucional com apoio. Tendo L1 uma situação de DA grave com dependência total, enquanto L2 e L3 se mantêm activas e interactivas com os restantes elementos e familiares.

Não existem duvidas de que a Segurança Social através das prestações de reforma , constitue um grande contributo para manter a segurança económica dos mais idosos. Verificando-se valores de pensões muito baixos porque o valor de referência dos salários também são baixos, deve-se também ao facto de terem efectuado durante pouco tempo o pagamento de contribuições , (Fialho, 2006)

- **Que tipo de apoio lhes presta diariamente?** Alimentação, Higiene e cuidados, Locomoção,

D1 “Ela é diabética circunstancial e, por isso, faz o controlo de glicemia e de AVC, faz também medicação inerente ao AVC, portanto... tenta-se, dentro das nossas possibilidades, prestar-lhe um acompanhamento bastante cuidado, à mais pequenina alteração de atitude pedimos logo apoio médico e serviço de enfermagem, que têm sido incansáveis, ... e é isso”.

D2 “Quanto à alimentação ela come o que nós comemos: se é vitela ela come, mas se for frango também come portanto, come tudo o que lhe pusermos à frente, o que comermos nós é o que come ela”.

D3;D4 “Sou eu sozinho e se precisar de sair, de ir a Bragança ou a outro sítio qualquer, peço – lhe ali à minha irmã e ela deita aqui um olho; a ele não é preciso porque da cama não se mexe e não cai, a minha mãe é que necessita de ser vigiada”.

Pelo que nos é dado observar relativamente aos idosos em domicílio, enquanto D1 é controlada e vigiada a nível comportamental, tendo como alternativa imediata pedir apoio médico, são-lhes prestados cuidados a nível alimentar para manter os níveis de glicemia.

Na situação D2 a alimentação é feita da mesma forma para a família, não existe qualquer diferença, pressupõe-se que aos 92 anos a dentição acresce as dificuldades a nível alimentar, na ingestão de alimentos e preparação dos mesmos.

Em contrapartida no caso D3; D4 temos uma resposta em que apenas um dos elementos necessita de ser vigiada, devido á demência enquanto o senhor por estar acamado não constitui problema.

A nível de institucionalizados L1 *“Higiene, alimentação, locomoção”.*

L2 “Não sei, tomo a insulina três vezes por dia, controlo a glicemia e dão-me banho de oito em oito dias, porque diariamente eu ainda faço a minha higiene pessoal. A nível alimentar sirvo-me eu”.

L3“ Por enquanto ainda não as ocupo muito, nem no quarto, nem nada, não as ocupo muito”.

Temos a situação de uma pessoa completamente dependente a quem são prestados todos os cuidados, sendo insulino - dependente ainda com autonomia; outro caso que se diz autónoma, podemos verificar que a tentativa de se manterem autónomas e com autonomia nas AVD ajuda a manter o seu nível de saúde e de bem-estar, além de contribuir para uma velhice bem-sucedida, isto porque quanto maior for a atividade física desenvolvida maior será a qualidade de vida.

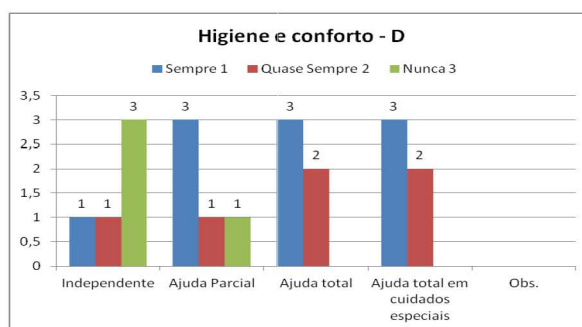


Gráfico XII - Higiene e conforto – Domicilio

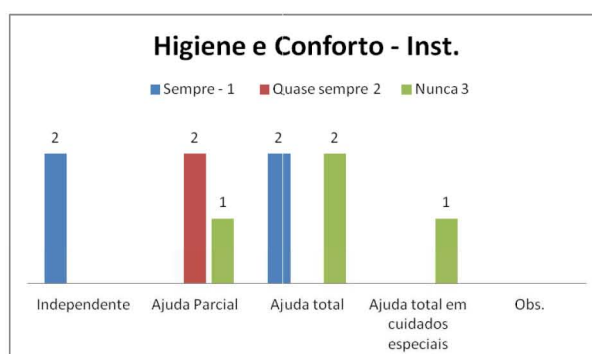


Gráfico XIII - Higiene e Conforto – Instituição

No domicílio gráfico XIII, a população alvo a necessitar de ajuda parcial 30%; independentes 10%; ajuda total em cuidados especiais 30%; ajuda total 30%.

A nível da população do estudo os institucionalizados temos como valores ajuda parcial 20%; independentes 60%; ajuda total 20%. Estas percentagens referem-se a este estudo, não podendo generalizar a toda a população. O que nos demonstra que a independência e muitíssimo superior na instituição relativamente ao domicílio, a autonomia nas AVD com maior frequência na instituição, isto devido ao incentivo da actividade e manutenção de autonomia, melhorando dessa forma a qualidade de vida e proporcionando um envelhecimento bem-sucedido.

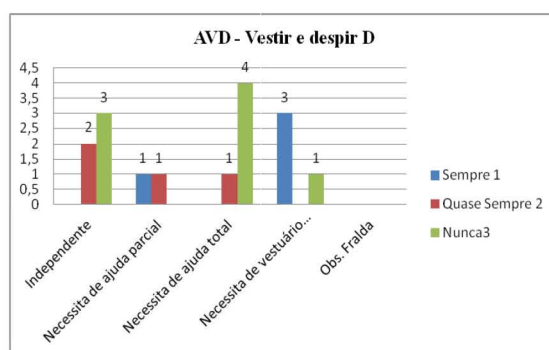


Gráfico XIV - AVD - Vestir e despir Domicilio

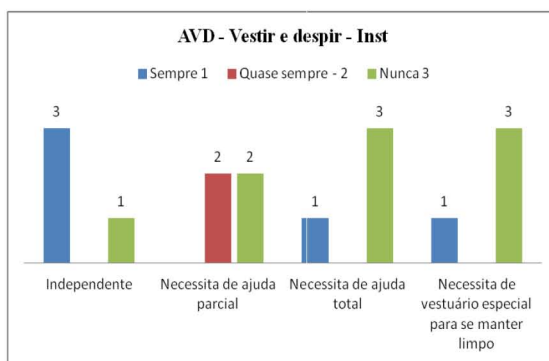


Gráfico XV - AVD - Vestir e despir - Instituição

Pode-se observar gráfico XIV que nas AVD Vestir e despir no domicílio temos como valores de referencia: 75% necessita de vestuário especial para se manter limpo, 25% necessitam de ajuda parcial.

A nível institucional gráfico XV verificam-se os seguintes valores: Ajuda parcial 20%, Ajuda total 20%, Independentes 60%. Comparativamente podem observar que os idosos em domicílio estavam mais dependentes (acamados), enquanto os institucionalizados tinham mais autonomia e necessitavam de menos apoio para as atividades de vida diária.

Os pacientes acamados por um longo período de tempo, com dificuldades motoras e cognitivas deterioradas, apresentando imobilidade, com atrofia muscular e redução do acolchoamento, estão em risco de desenvolverem úlcera por pressão. Sendo a pressão exercida sobre o tecido, o factor principal para o seu desenvolvimento. Existindo outros factores a contribuir para ocorrência de úlcera por pressão. (Goulart, Ferreira, Santos, Morais, & Filho, s.d. : 4)

As úlceras por pressão ocorrem com elevadas frequência nos tratamentos agudos e de longo prazo em idosos hospitalizados e/ou acamados, bastando para se desenvolverem 24 horas ou manifestarem-se após 5 dias. O enfermeiro (a) são os principais cuidadores do paciente acamado com úlcera por pressão, já que este profissional acompanha a evolução e realiza o tratamento do doente, (Goulart, Ferreira, Santos, Morais, & Filho, s.d.: 3).

A locomoção e a mobilização dos doentes acamados é fundamental para evitar as úlceras de pressão, evitando assim o sofrimento do doente e reduzindo os custos com o seu tratamento, criando no cuidador um conforto de estar a lidar e a desenvolver a tarefa de cuidar da melhor forma.

Pelo que foi observado a não existência de material articulado e de material anti - escara dificulta a tarefa do cuidador na mobilização dos mesmos e na prevenção de úlceras de pressão.

- **Quem cuida diariamente do seu Cliente /familiar?**

D1- *“Tenho apoio de duas senhoras; uma da parte da manhã e outra da parte da tarde, aos fins-de-semana é minha (sorri) e à noite também À noite e aos feriados, estou sozinha, não tenho apoio nenhum”*; D2 *“É o meu irmão”*;

D3; D4 *“Sou eu sozinho e se precisar de sair, de ir a Bragança ou a outro sítio qualquer, peço -lhe ali à minha irmã e ela deita aqui um olho; a ele não é preciso porque da cama não se mexe e não cai, a minha mãe é que necessita de ser vigiada”*.

Na primeira situação é visível o poder económico e o tipo de apoio para satisfazer as necessidades do paciente, tendo pessoal ao serviço com horários complementares o que ajuda a superar o *stress* do cuidador principal.

Quanto ao domicílio verificamos que temos situações individuais, senhor a tratar da mãe e do pai, que apenas se socorre da irmã em ausências do local, tendo a situação de *“É o meu irmão”*; dessa forma mesmo vivendo na mesma casa considera que não se considera o cuidador principal, e tem o apoio das irmãs quando possível, visto elas trabalharem.

As transformações a nível da estrutura familiar, a crise vivenciada pela previdência, leva a que seja insuficiente a tarefa desempenhada pelo Estado de promoção de segurança e bem – estar do idoso, tentando transpor para a família essa responsabilidade como acontecia no passado, embora tenham surgido para complementar a tarefa de cuidar outros serviços em que a população idosa é cada vez mais crescente e exigente, (Pimentel, 2001, cit. in. Imaginário, 2008, p.14).

Quando o cuidador principal se sente acompanhado, com a possibilidade de dividir tarefas com outros elementos que lhes dêem apoio durante o dia, torna possível manter o idoso em casa até ao final da vida, (Pimentel, 2001 cit.in. Imaginário, 2008, p. 14)

Devido à maior longevidade e aos avanços tecnológicos , o aumento de doenças crónicas degenerativas e incapacitantes, acrescidas das alterações demográficas, torna-se notório o aumento da população idosa , crescendo os cuidadores informais. Perante este facto o Observatório Nacional de Saúde (2002), divulgou os resultados do estudo efectuado em que verificou que 8,3 % dos idosos a viver no seu domicilio estavam acamados, sentados ou sem poder sair de casa e 12% eram dependentes para as AVD, como locomoção, vestir-se, fazer refeições ou sair á rua, (Imaginário, 2008, p.15).

A nível de institucionalização temos como respostas: “São as funcionárias. “Tem médico, enfermeiro quando faz falta medir a tensão arterial, tem auxiliares”; “Por enquanto ainda não as ocupo muito, nem no quarto, nem nada, não as ocupo muito”.

Considera-se o pessoal auxiliar como base de apoio, além do médico, enfermeiro como prioritários, o que demonstra uma maior vontade e maior capacidade de realizar as atividades de AVD.

Leonardo (1995), diz-nos que as alterações sentidas pelo idoso não advém apenas do processo de envelhecimento e das patologias associadas, mas contribuindo para tal o isolamento, a falta de apoio familiar e social, o facto de serem idosos a tratar de idosos, a diminuta qualidade de satisfação das necessidades básicas, contribuindo para tal o baixo poder económico da maioria dos idosos, a falta de informação, e satisfação de necessidades de ordem cultural, educacional e social, derivadas da falta de oportunidades, ao analfabetismo e hábitos de vida, dificulta o acesso a unidades de saúde e a convivência social, além do sentimento de inutilidade após a reforma. Dessa forma só com uma abordagem multilateral e multidisciplinar pode dar resposta às necessidades do idoso, (Imaginário, 2008, p.49).

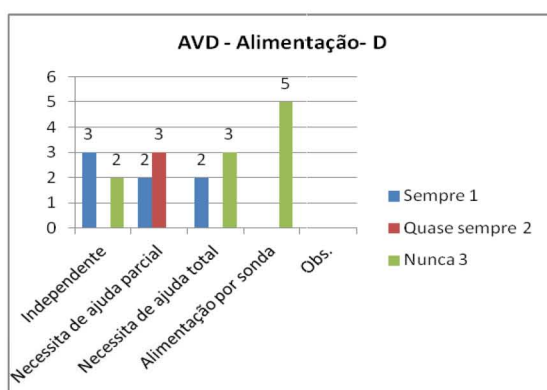


Gráfico XVI - AVD - Alimentação - D

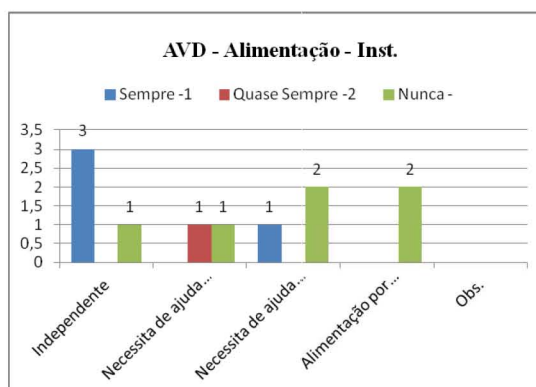


Gráfico XVII - AVD - Alimentação - Instituição

No gráfico XVI, pode-se observar que os idosos em domicílio necessitam de mais cuidados e estão mais dependentes dos cuidados de terceiros. Com 43% Independentes, 28% a necessitar de ajuda parcial e de 29% a necessitar de ajuda total.

A nível de institucionalizados, gráfico XVII, temos os seguintes valores: Independentes 60%, necessita de ajuda parcial 20%, e de ajuda total 20%. A independência na população alvo diz-nos comer por si e ter acesso a alimentos sem ajuda de terceiros. A ajuda parcial prevê uma preparação prévia pelo cuidador, dando apoio total á refeição, baseando-se em cuidados especiais dieta liquida ou triturada para poder ingerir. Podemos verificar que os idosos institucionalizados mantêm mais independência nas AVD alimentares.

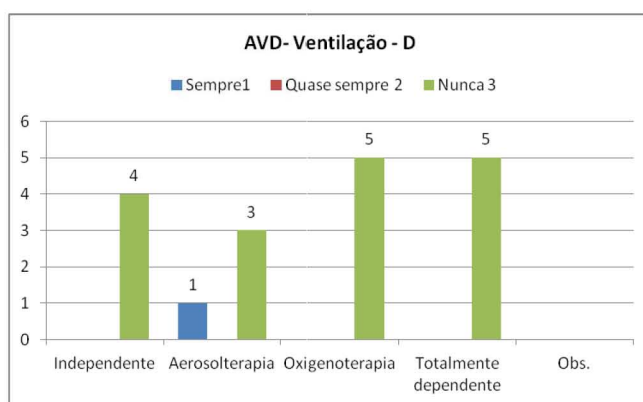


Gráfico XVIII - AVD - Ventilação - D 1

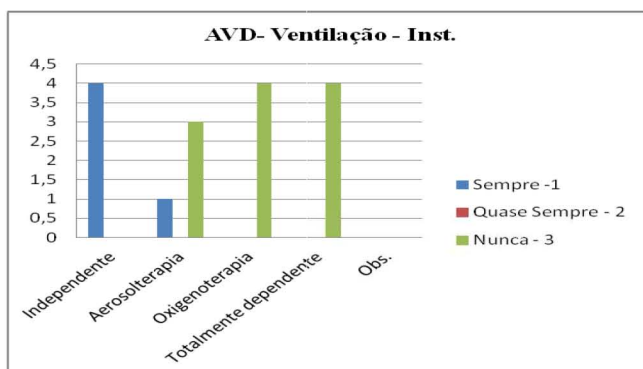


Gráfico XIX - AVD- Ventilação - Instituição

Quanto a AVD- ventilação tanto no domicílio como na instituição a população alvo é independente a 100% não necessitando de meios auxiliares para poder manter o seu ritmo de vida, tendo situações de aerosolterapia em estados agudos gripais não constituindo um meio duradouro para sobreviver.

Considerando que os conceitos utilizados são validados pela Carta Social – Ministério do Trabalho e Segurança Social da seguinte forma:

- **Autónomo** – *Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.*

- **Parcialmente dependente** – *Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene Pessoal e/ou deslocação.*

- **Dependente** – *Não pode praticar com autonomia os atos indispensáveis à sua satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.*

- **Grande dependente** – *Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave”, (GEP & MTSS, 2009, p.14).*

- **Tem o apoio de algum serviço específico?**

- a. Cuidados paliativos (SNS), serviço de enfermagem?

D1 “*Sim. No início o acompanhamento era diário. Agora, dão-lhe apoio cada segundo dia, vêm fazer-lhe o penso, porque ela tem escaras, realmente eles têm sido de um profissionalismo extremo, que é impossível descrever. Tem apoio da nutricionista que vem a casa dar indicações sobre a alimentação e receita-lhe, por exemplo, estimulantes de apetite, estão sempre muito atentos. Esta unidade de cuidados paliativos acho que é uma unidade que transmite informação válida à família, para saber cuidar. Eles também ajudam nesse aspecto, com medicação conselhos etc. Ela estava na unidade de apoio ao centro de saúde, agora está com o Sr. Dr. V e com a equipa técnica de enfermagem, que faz parte desta unidade de cuidados paliativos ao domicílio.*

D2 “*Não temos apoio nenhum. É o meu irmão que cuida dela porque eu não tenho vagar. Eu saio às seis e só chego aqui às 11h - 11h15m, perto da hora do almoço, que é ao meio dia, torno a sair até à noite, e acabou, não paro em casa um minuto. O serviço de enfermagem dos cuidados paliativos vem todas as quartas-feiras mandado pelo Dr. V, já vai acabar esta semana, porque a escara já está curada”*

D3; D4 – “*Já tive, agora não tenho. O serviço de enfermagem do centro de saúde já me ajudou e, tão depressa eu lhe telefone, como vêm dar-me apoio. Em relação ao serviço de enfermagem não tenho queixa nenhuma”.*

Pelo que nos é dado observar todos os idosos têm ou tiveram apoio em situações mais agudas dos cuidados paliativos, constituídos de equipas multidisciplinares, médico, enfermeiro, serviço social para que o programa de acompanhamento possa ter os resultados esperados e ser trabalhados em diversas vertentes, tratamento, informação e formação junto dos cuidadores principais minimizando os efeitos do desgaste e reconhecer competências de actuação para uma melhor qualidade na resposta de apoio.

Todos os inquiridos se mostram satisfeitos com o apoio e dizem encontrar disponibilidade dos técnicos para os apoiar, o que podemos contactar é que o apoio se baseia mais no serviço de enfermagem enquanto necessidade do que no apoio pico - social.

Os cuidados paliativos prestados a doentes em situação de intenso sofrimento resultante de doença incurável em fase avançada e progressiva. Com o objectivo de promover, tanto quanto possível e as condições de vida do idoso perante o tempo que lhes resta com bem-estar e qualidade. Estes são considerados como cuidados activos, coordenados e globais, que abrangem o apoio à família, proporcionados por equipas cujo âmbito específico é de cuidados paliativos, em hospitalização ou na própria habitação, conforme situação de diferenciação.

Tendo como propósito básico o alívio dos sintomas, ajuda psicológica e emocional ao doente, assim como ajudar a família a superar o luto, necessita envolver uma equipa interdisciplinar de sistemas diferenciados, (Saúde P. 2010).

- **Os seus familiares ajudam nas tarefas de atividades diárias?**

- a. Quem?

D1 “Não, só ocasionalmente a minha sobrinha passa por cá, que é psicóloga clínica, mas claro, ela também trabalha em “V” e tem a vida dela. Quando eu, às vezes, estou um bocadinho mais em baixo, ela vem-me confortar, só que de momento vai para o Porto e vou ficar sem ela”.

D2 “As minhas irmãs também ajudam nos cuidados, vêm duas ou três vezes por semana a vê-la, elas não são obrigadas a estar aqui a toda a hora, coitadinhas, têm que trabalhar para elas”.

D3; D4 “Não se pronunciou perante esta pergunta embora tenha dito na pergunta 5 que *“Sou eu sozinho e se precisar de sair, de ir a Bragança ou a outro sítio qualquer, peço - lhe ali à minha irmã e ela deita aqui um olho”*

Relativamente L1 “*Visitas têm*”; L2 “*Tenho por telefone*”. “*83 Anos é a irmã mais velha; A mais nova tem 43 é sobrinha, não tenho filhos*”; O “*A família sim auxiliava-me quando eu precisava*”, na situação de institucionalizadas demonstram que enquanto estavam no domicílio tinham visitas e apoio dos familiares tanto pessoalmente como telefonicamente, mesmo após institucionalização o apoio mantém-se.

- **Os seus vizinhos e amigos (institucionalizados) prestam-lhe alguma ajuda?**

D1 “*Sim, a nível de conforto e psicológico*”; D2 “*Ajudam, ajudam, isso não há problemas*”; D3; D4 “*Ah! Ah! Se for preciso e como último recurso, poderão vir ajudar*”. L1 “*Sim.*”; L2 “*Presto ajuda e também me prestam ajuda verifica-se a ajuda mutua*”; L3. *Não deu resposta*

Pelo que podemos observar o apoio dado pelos vizinhos e familiares continua, uns demonstram satisfação com a ajuda e é-lhes extremamente útil, embora surja uma insinuação de “*Ah! Ah! ... Último recurso*”, transmitindo que a rede de vizinhança não é tão próxima nas relações de afinidade quanto se espera normalmente. Facilitando dessa maneira o estímulo junto do cuidador reforçando a capacidade de dar continuidade ao ato de cuidar.

Quanto aos institucionalizados verifica-se ajuda e refere-se a ajuda mútua, o que traduz as relações de proximidade e de vivências.

- **O pessoal recebeu alguma formação para cuidar e tratar as situações?**

D1 “*Sim, Sim*”; D2 “*Não, nunca recebeu nada. O meu irmão é corregedoso (jeitoso). Ela chega a um ponto que perde a cabeça um bocadito, já não sabe onde fica o oclismo (autoclismo) para limpar onde faz o serviço e o resto, vai o meu irmão por trás liga a água e lava aquilo, já se sabe como é uma pessoa idosa, muito ela faz. Não é verdade?*”; D3; D4. Não respondeu

L1 “Sim”; “Cria alguns obstáculos”, por exemplo “Como fugir, tirar a fralda, há noites que não dorme, tirar a roupa dos outros utentes e deixa-la pelos corredores”. L2. Não respondeu; L3 “Eu acho que sim”.

Pelo que nos foi dado observar os familiares com acompanhamento pelo SNS, transmitem informação e formação ao cuidador estando esta prevista no acompanhamento dando-lhes a conhecer quais os procedimentos mais adequados para um melhor tratamento e como lidar com as situações mais problemáticas, visto a equipa dos cuidados paliativos ser composta de uma multidisciplinaridade exactamente com o fim de poder dar apoio nas diversas necessidades existentes.

Quanto ao pessoal institucionalizado a formação, é contínua, fornecida pelos profissionais especializados na área, onde a observação e a informação é uma constante, além de receberem formação formal devidamente credenciada por entidade competente para o efeito, (HCCP, saúde, conhecimentos de geriatria entre outros).

- **A quem recorre quando sente dificuldades?**

D1 “Sim, agora é o centro de saúde que disponibiliza todo o material para tratar as escaras. Inicialmente a minha mãe fez um tratamento com um medicamento em pó, para secar as escaras, que agora não me lembro do nome, esse era requisitado na farmácia do hospital e pago por ela”.

D2 “Recorremos ao médico “V” sempre que precisamos.”

D3; D4 “De noite ainda não precisei. Se for a minha mãe a precisar de ajuda e, como anda a pé, posso agarrar no carro e levá-la, mas se for o meu pai tenho que recorrer à ambulância pró levar ao hospital.

L1, não respondeu; L2 “É a directora e a funcionária que estiver”. L3, Não respondeu

Pelo que podemos observar nesta amostra uma das respostas demonstra a possibilidade de recurso a serviço hospitalar para obtenção de material que doutra forma não teria acesso, por ser apenas de uso hospitalar e no exterior não estar disponível a sua venda. É vincado o recurso ao médico e aos serviços de urgência de qualquer das formas todos os tratadores apresentam destreza para a resolução do problema.

Relativamente á população institucionalizada a resposta existente transmite maior segurança quando se refere ao elemento máximo da organização para resolução da situação.

- **O pessoal tem os meios necessários para lhe prestar ajuda?**

D1, Não respondeu; D2 “ *Não, a cama onde ele está deitado foi a que comprou o meu pai*”; D3; D4 “ *Ainda não a trouxe porque não quis, mas como eu estou a dormir na mesma cama com ele, não andei a trazer camas porque aquelas camas são individuais e ao fim é bastante o quarto mas ao fim não é coisa eu estar a por outra cama para eu estar no quarto ao pé dele e foi por isso não foi culpa dele se não trouxe foi porque*”

L1 “ *Sim*”; L2. e L3 não responderam.

Observamos que a disponibilidade dos serviços existe, mas as condições habitacionais a nível de espaço e de barreira arquitectónicas dificultam a instalação de materiais adaptados.

- **A nível de apoio social, material, atividades e médico?**

D1; D3; D4. Não responderam

D2 “ *A minha mãe recebe uma reforma de duzentos e poucos euros, está com trezentos e tal com a ajuda da pensão do homem que morreu. Mesmo com esta miséria de reforma não conseguimos, que ela receba a segunda reforma. Por isso não acredito em promessas de ajudas*”.

L1; L3. Não responderam; L2. “ *Até agora tem sido suficiente*”.

Perante as respostas denota-se um silêncio em relação aos apoios existentes, além de ser vinculada a parte económica como sendo insuficiente e não encontrar uma solução ou mesmo meio complementar de ajuda.

- **Julga-se capaz de resolver a situação de forma eficaz?**

D1 “ *Sim, sim. A verdade é uma, tenho carta-branca, entre aspas, para contactar enfermeiros e médicos, mesmo fora do seu horário de trabalho, sempre que tenha uma situação urgente. Ainda há dias, a doente tirou a algália e fora do seu horário de*

trabalho o enfermeiro fez-me o favor de lha vir colocar portanto, nesse aspecto, sinto-me muito segura, sabendo que posso contar com a disponibilidade da equipa”

D2 “ Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso”. D3; D4. “Até á data estou a controlar a situação”.

Relativamente a população institucionalizada, G. “Ajudam, o que mais faço é rezar, quando vamos às festas, cantar, e....”; O. “As coisas difíceis não nas coisas normais elas conseguem”.

Denota-se o apoio formal e informal junto do tratador e do idoso, tendo ventilado o facto de ainda desempenhar algumas actividades dando a transparecer o seu grau de autonomia, além de existir outra resposta, “*difíceis não*” reconhece já alguma debilidade.

- **Sente que a tarefa de cuidar devia ser aliviada por alguns períodos do dia?**

D1 “ Não, eu sou uma pessoa, que para descansar basta sentar-me ou sair um bocadinho para tomar um café que alivio o stress. Como trabalho durante o dia e a minha vida profissional me preenche, isto também me ajuda a atenuar a tarefa de cuidar. Quando tirei a especialização em ensino especial nunca pensei que me ia a ser tão útil no futuro para atendimento da minha mãe, porque nós apanhamos uma couraça, de defesa psicológica e interior que nos ajuda a superar algumas dificuldades perante a deficiência. Eu nunca imaginei, na minha vida, que o meu curso fosse assim uma bengala para conseguir manobrar esta situação”.

D2, “ Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso.”; D3; D4, Não. Também nunca foi preciso até a data. Como a vida é imprevisível logo se vê o que se passará.

Denota-se nas respostas dos cuidadores que existe uma vontade de dar continuidade ao trabalho efectuado, que existe sempre um ponto de apoio que nutre essa capacidade de manter as tarefas, existindo um sentimento comum não se sentirem casados pelo facto de terem a seu cargo a responsabilidade de cuidar de um idoso debilitado. O facto de poder sair para tomar um café de ter conhecimentos que lhes possibilitam lidar melhor com a situação e sentir que pode vir apoio é de extrema importância para manter o equilíbrio.

L1, e L2, “Sim, sim”; O “Não sei coitaditas elas fazem o que podem, e são prestáveis”.

Relativamente aos idosos institucionalizados denota-se um carinho e um “*sim, sim*” pelo tratador o que deixa transparecer a tarefa difícil que é cuidar.

- **Acha que conseguem levar a bom termo a tarefa de cuidador principal?**

D1; D2; D3; D4; não responderam

L1; L2; não responderam; L3 *“As coisas difíceis não mas as coisas normais elas conseguem”*.

- **Já alguma vez foi abordado ou pensou a necessidade de aliviar o cuidador /instituição ou fazer-se substituir durante um determinado período para recuperar as forças e manter o seu nível de bem-estar?**

D1 *“Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse”*; D2 *“Nunca me falaram nisso; D3; D4 Não, isso nunca me disseram, Não. Também nunca foi preciso até a data. Como a vida é imprevisível logo se vê o que se passará.*

L1 *“Não, os cuidadores formais tem direito a férias há horários”*, L2 e L3 não responderam

Nesta questão verifica-se que nem todos os cuidadores foram informados pelo SNS de que dispunham de meios para poderem descansar por um período de tempo. Sendo que D vive em meio citadino, com um grau de formação superior, e com mais recursos económicos. D2 e D3; D4 vivem num meio rural com menores recursos tanto a nível de formação como económicos e habitacionais.

- **Nas idas ao Centro de Saúde ou nas visitas efetuadas por este organismo, alguém lhes comunicou que tinha um serviço disponível para poder descansar durante um ou dois meses (provisório) a tarefa de cuidar vivendo no seu domicílio?**

D1.*“Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse. Enquanto eu tiver forças, enquanto eu estiver bem psicologicamente, que às vezes não é fácil, eu trato da minha mãe. Não é tratar da minha mãe o que mais me preocupa, mas sim que lhe volte a repetir o AVC. No fim-de-semana, que há mais sossego em casa, ela dorme muito. Às vezes está mais debilitada psicologicamente assim como qualquer pessoa.*

D2. “ *Nunca me falaram nisso, não interessa enquanto for vivo eu e o meu irmão, a minha mãe não sai daqui de casa, não há centros de saúde nem lares nem coisa nenhuma, muito mal teria que estar eu e o meu irmão para mandar a minha mãe a morrer lá fora, isso nunca* ”.

D3; D4. “*Não, isso nunca me disseram. Então, quando o cuidador se sente muito cansado pode recorrer ao serviço de saúde para poder liberta-se durante um período de dois meses mais ou menos!*”

L1 “*Torna-se extremamente cansativo para o familiar*”; L2. Não respondeu; L3. “ *Não ninguém me disse nada*”.

Relativamente a estas respostas enquadram-se na pergunta anterior.

As diferenças denotam-se também através de uma menor reforma o que se traduz em menor poder económico para oferecer cuidados especializados no domicílio, além do SNS. Por sua vez os cuidadores demonstram uma vontade e uma disponibilidade para continuar a cuidar do seu familiar até ao final, com os recursos humanos, materiais e económicos existentes, atribuindo-lhes um valor afectivo, moral e social demasiado elevado, levando a uma realização plena por parte do cuidador, sendo impensável a institucionalização

- **Anteriormente alguma vez pensou em institucionalização?**

D1 e D2 não responderam; D3; D4. *Não, não. Só se a saúde me faltar e que não possa aí, terá que ser, terá que se resolver a situação e da melhor maneira possível.*

L1 “*Não*”. “*Sim, não chega sequer a ter conhecimento*”; L2 não respondeu; L3 “*Eu vim porque estava cá a mãe da F, a minha irmã e ela não descansou enquanto não me apanhou cá, estava sempre a pedir-me para vir para cá*”; A “*Estar acompanhada, foi para não estar sozinha, eu ainda disse ao meu filho, então não seria melhor estar em nossa casa e ele disse, não minha mãe para estar sozinha não, porque lhe pode passar alguma coisa e ficar na cama morta porque nas aldeias já não há ninguém, e é verdade, só há velhos e pode ter alguma coisa, e eu encontro que é verdade estou mais acompanhada aqui*”.

A nível de institucionalizados temos como justificação a debilidade e o facto de poderem viver acompanhados.

- **Sim X; 19.2. Não___; 19.3. Talvez___;** não foram obtidas respostas nestes itens.

Nestas respostas e com o silêncio denota-se o facto de não imaginar nem ser viável pensar em institucionalizar por parte dos cuidadores principais em domicílio, sentindo que essa necessidade e obrigação moral perdurarão até ao final da vida do idoso.

- **Quais as principais razões que o levaram a pensarem na institucionalização?**

Esta pergunta não se adequa aos idosos a viver no domicílio.

L1 “O facto de ela estar sozinha e os filhos trabalharem e não ter quem olha-se por ela em casa e a própria doença não era fácil para os filhos tê-la em casa já que não podiam estar junto dela; L2, não deu resposta; L3 “Vim, estou muito satisfeita”, L4 “Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.

O sexo feminino representa cerca de 64% das pessoas dependentes ou grandes dependentes, a usufruir de cuidados nas respostas social, tendo-se verificado um acréscimo em 2007 (Direcção Geral de Saúde, 2004, p.16).

A admissão e entrada num Lar está relacionada com a incapacidade dos idosos em satisfazer as suas actividades de vida diária e na falta de capacidade por parte da família em satisfazer essas mesmas necessidades. Podendo nalguns casos o Centro de Dia, Apoio ao Domicílio retardar a institucionalização em Lar, sendo que nalguns casos surge como única alternativa. As instituições salientam que 20% das situações de institucionalização se devem ao isolamento dos idosos sendo de facto uma realidade em Portugal, uma nova prioridade para a Política Social a problemática do isolamento tornando-se num desafio para a Acção Social e para a Rede de Serviços e Equipamentos adaptando as respostas às necessidades então existentes (Direcção Geral de Saúde, 2004, p. 22).

- **Acha que o seu familiar / próprio tem os mesmos cuidados que no domicílio/ Instituição?**

D1. “A nível alimentar e de cuidados médicos faria uma selecção da instituição, numa eventual hipótese de institucionalização. Contudo, há uma coisa que é gratuita; a entrega, o carinho, penso que não há nenhuma instituição que possa substituir a família. Sabemos que se pode estar num hotel muito bem com todas as mordomias, mas não é a nossa casa, que pode ser mais humilde, mas é nossa, é-lhe familiar. Acordar à noite e ver a cara da filha, dar um ai e ver alguém que lhes é familiar e na minha ausência, quando

estou na escola, tem as senhoras que ela sabe muito bem quem são, acho que isso também transmite muita segurança a ela e a mim, eu é que sei como ela está”.

D2 “ Não, não tinha, porque nós aqui fazemos-lhe todas as vontades. Como no lar é capaz que não, não sei, digo eu, pelo menos aqui está na casinha dela.

Deita-se por volta das 21h. e fica caladinha até por volta das nove horas . De manhã levanta-se pelo pé dela e vai ali para a cozinha. O meu irmão já tem lá a fogueirinha acesa para lhe preparar o pequeno-almoço: se quer peixe reja-lho, se quer sardinha assa-lha, se quer vitela a mesma coisa. Há na cozinha um escano que serve de cama para ela descansar durante o dia, quando se quer deitar. ”

D3; D4 “O Meu pai se fosse numa instituição seria difícil compreende-lo, eu compreendo - o como se ele fosse mudo. Dar-lhe de comer não é quando nós queremos é só quando ele abre a boca, às vezes está a comer e fica com a boca travada e não come. Ontem ao meio dia comeu, hoje já não comeu, só agora consegui apanhar-lhe a posição de ele abrir a boca para lhe meter a comida. Se fosse num sítio desses passava a hora e ficaria algumas vezes sem comer ou conforme calhava. Ainda ontem para lhe meter a sopa fui lá seis ou sete vezes, a boca ficava travada. Ele nunca foi biqueiro comia de tudo, mas agora são necessárias duas horas para lhe dar de comer.

L1 “Não aqui na instituição”; L2 e L3 não responderam; L4 “Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.

Com a entrada na reforma podem surgir uma série de rupturas: terminar o percurso profissional, o corte relacional com os colegas, perda de amigos e familiares com um fortalecimento de relações já muito longo, perda de conjugue, independência financeira, deteriorização da saúde entre outros factores. Dessa forma, as redes sociais diminuem limitando-se as relações familiares.

Este tipo de ruturas tornam-se mais intensas quando o idoso tem como alternativa a institucionalização, verifica-se uma mudança radical do meio físico e social, alterações de papéis sociais, tem que estabelecer novas relações de amizade e afeto, renovar estratégias de ocupação do tempo livre, manter as relações sociais de sempre e adaptar-se as regras da instituição (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p. 6).

Este tipo de alterações identitárias nem sempre é bem-sucedido. Visto entre um idoso citadino e um idoso do meio rural as diferenças sentidas são demasiado acentuadas como podemos verificar, Um agricultor “ troca” o campo (ar livre, espaço aberto, actividade de

uma vida, amigos, vizinhos, animais, recantos, azafama diária, os ritmos de vida), por uma Lar de Idosos na cidade (grupo de pessoas desconhecidas, assimilar regras e normas, rotinas alimentares, desafios para outras actividades que nunca desenvolveu e desconhece, e um espaço limitado), segue-se um processo de adaptação e de reconstrução identitária, perdem-se identidades e papeis e adquirem-se outros. Sendo que a personalidade do individuo carece de adaptação o que pode traduzir-se em receios, amarguras e resistências, rejeição. (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p.7).

Segundo Giddens (2001), algo semelhante acontece quando se deixa um filho na creche ou infantário pela primeira vez, primeiro dia de aulas, sair de casa para ir a tropa, casar, trabalhar, quando sucede um divorcio entre outras. O autor pretende com estes exemplos e semelhanças alertar para o facto de ser conveniente encarar todos estes momentos como normais, como factos próprios da condição humana, na sociedade actual, (Santos, Loureiro, & Fragoso, 2008, p.7).

- **Enumere diferença entre viver no seio da família e numa instituição?**

D1“ *As maiores alterações que eu notei foram as percas sentidas pela minha mãe, repentinamente. Eu estava habituada a vê-la sempre activa, com um dinamismo que metia inveja, que é mesmo assim, e depois ver um quadro em casa com uma pessoa acamada! Ela foi sempre uma pessoa com muita força, dava força a ela e aos outros e, agora, vê-la ali limitada numa cama,.. não sei se respondi a sua pergunta?*”

D1 “*É que realmente isso foi o que mais mexeu comigo o que mais me... A nível económico não tenho problemas. A única perca neste contexto foi ver a alteração dela, que não é tão pequena como isso. Foi difícil vê-la entrar em casa numa maca e ter saído pelo pé dela para passear e visitar uma amiga. Tenho a impressão que naquela altura Deus deu-me muita força foi como se o mundo desabasse aos meus pés, sem dúvida nenhuma “, “ Não faço favor nenhum, isto é uma torna”.*

D2 “*Alterações..... não. Porque já viu a idade que tem minha mãe. Quem me dera a mim chegar á idade que ela tem. As vizinhas dizem-me a tua mãe ainda vai chegar aos cem anos. Quem vai adivinhar?*”

D3; D4 “*Podem dar a atenção que derem mas nunca pode dar os afectos que podemos dar em casa. No lar, pode haver limpeza, pode haver condições habitacionais tudo, mas não se pode dar apoio apenas a uma só pessoa. Porque, aí, não podem aturar só uma pessoa, sei que os funcionários estão de dia e de noite. À noite mudam-lhe a fralda e não*

os vão vigiar até de manhã, o trabalho está feito. Não se pode dar o mesmo cuidado tendo só um ou tendo um cento deles. Eu também lhe mudo a fralda por volta das 11 (23h) quando me deito e está até de manhã. Se houver outros problemas a gente já o muda no meio da noite. Compreendo as coisas tal e qual como são”.

L1” está melhor na instituição”, “Na instituição tem pessoal durante 24 horas para os vigiar, enquanto na família é um bocado frustrante estar 24h/24horas junto deles”; L2, não respondeu; L3 “Não, isso nunca, não tinha”, “Sim, há bom ambiente”; Sim a F sobretudo e as outras sobrinhas continuam a dar apoio”; L4 “Se estivesse na minha casa não estava acompanhada como estou aqui, mas eu não queria mais companhia não sendo o meu marido, não queria nem quero”.

A institucionalização do idoso é um processo complexo, primeiro porque deixa a sua casa tornando-se desagradável. O bem – estar vive associado a relação com o seu meio habitacional, com o seu significado próprio de conforto, laços afectivos e psicológicos únicos que estão estritamente ligados a esse espaço repleto de memórias do passado. A identidade do indivíduo está ligada á sua casa, ao meio, porque é ele que o controla, cuida, e torna-o familiar, (Jacob, 2007, p. 8).

O suporte dado pela família contribui de forma eficaz no suporte social dentro de uma instituição, visto que os profissionais por si sós não conseguiriam completar tal tarefa. O que se depreende é que mesmo que a instituição de longa permanência ofereça todas as condições de assistência profissionais e multidisciplinares, a presença da família é indispensável e de grande importância como ferramenta terapêutica, para que o idoso possa sentir-se bem psicológica e fisicamente, (Júnior, Silva, & Bastos, jul./set., 2009, p.25).

6.7.2. Discussão dos resultados

Verificou-se uma concordância sobre o material investigado e a necessidade do cuidador, tanto a nível de apoio psicológico como material, o facto de cuidar permite – lhes vivenciar de uma forma mais intensa os afectos, gratificações e o sentido de dever cumprido para com o seu ascendente.

A debilidade devido á longevidade é mais que notória verificando-se que as mulheres são o grupo dominante mas com mais dependência. Os factores sociais e as redes de apoio diferenciam-se de acordo com a localização, situação educacional e económica. Os

cuidados do SNS são um apoio sempre bem recebido e um meio transmissor de confiança para o desenvolvimento da tarefa de cuidar.

O que se pode observar pelas tabelas e valores atribuídos dentro dos cuidados formais e não formais é que existe uma grande disparidade entre valores atribuídos relativamente aos cuidados prestados, acordados pela política de saúde e apoios continuados / paliativos e os valores atribuídos a cuidadores no domicílio sem alternativa de escolha e de substituição temporária.

O que podemos observar pela Escala Avaliação Sócio Familiar de Gijón, (adaptada) relativamente aos idosos em domicílio e idosos institucionalizados é o seguinte:

Permite-nos avaliar a : situação familiar; situação económica; habitação; relações sociais, através da pontuação apurada pela soma dos itens, define o risco social a que está sujeito, conforme tabela I,II.

	Pontos	Risco Social
D1	9	Baixo
D2	11	Intermédio
D3	11	Intermédio
D4	11	Intermédio
D5	2	Baixo

Tabela I - Resultados Escala de Gijón - domicílio

D5- Apenas respondeu ao inquérito não fez entrevista e respondeu a questão n.º 4 Situação económica (sim -1); N.º 4 – Relações sociais (sim-1).

	Pontos	Risco Social
L1	6	Baixo
L2	6	Baixo
L3	5	Baixo
L4	4	Baixo

Tabela II- Resultados Escala de Gijón - domicílio

L4 – Só respondeu a 4.ª questão (pensão) sim; Hábitos institucionais – 1 Adequada - sim; Relações sociais 1- Relações sociais (amigos, família, outras instituições) sim; Rede de Apoio Sim, - 1- Apoio social da família e vizinhos

Pelo que nos é dado observar perante a aplicação do questionário adaptado da escala de Guijón é que os idosos a residir no domicílio têm menos condições que os institucionalizados, e apresentam um maior risco social, relativamente as condições económicas, sociais, relacionais e cuidados básicos, o isolamento é maior e o cuidador está sujeito a um stress mais acentuado por ser único no apoio ao dependente durante 24 horas dia. Os cuidados de saúde ficam mais distantes e por conseguinte o acesso torna-se mais moroso e dispendioso, embora seja evocado o apoio dado pelo SNS.

A nível institucional tem como resultado um baixo risco o que predispõe uma serie de cuidados implementados, planos de actividades em execução que permite aos idoso uma maior actividade e por conseguinte uma maior autonomia, valorizando dessa forma a auto estima e o bem - estar, vivendo em grupo quebra o isolamento social, denotam-se rendimentos económicos superiores a nível individual e familiar, proporcionando-lhes maior acesso aos cuidados de saúde.

Segundo Ballesteros a frequência da interacção social vai diminuindo desde a idade madura até á velhice e com mais rapidez após os 60 anos, com a entrada na reforma, justificam-se as diferentes teorias de envelhecimento: a teoria da desvinculação e a diminuição das relações sociais que funcionam como mecanismos adaptativos encaminhando-o para a morte. A teoria da actividade que afirma que quando o indivíduo continua a sentir necessidades de relações e participação sociais, o sistema social estabelece as barreiras a esses contactos. Se por sinal a sociedade lhes oferece a possibilidade de manter ligações sociais e interagir com o meio, permite ao idoso manter – se estável. A teoria do intercâmbio explica que a diminuição de intercâmbios se deve ao facto de receber mais do que pode dar (Ballesteros, 2009, p.188).

CONCLUSÃO

Pensando o envelhecimento como um desenvolvimento normal no ciclo de vida de cada indivíduo inserido num contexto social e familiar onde a longevidade tem vindo a ser questionada constantemente, pelos investigadores e pelas políticas actuais no sentido de encontrar alternativas de apoio e segurança, prevenir a dependência e manter o idoso o máximo de tempo activo no seu domicílio, minorando dessa forma os gastos com as estruturas de apoio a nível habitacional, social, reduzindo os custos efectivos com as

doenças crónicas decorrentes do estado avançado da idade, leva a questionar qual o local indicado para o idoso permanecer “ Família ou Institucionalização?”.

A intervenção no domicílio é um procedimento que vem desde século XVI, quando surgem os hospitais dirigidos aos indigentes em que os custos defendiam a permanência dos mais pobres na sua residência. Tendo surgido em meados do séc. XIX a problemática dos hospitais e hospícios e surge o apoio ao domicílio. Inicialmente desenvolvido por religiosas e posteriormente após os anos 40 através de movimentos que prestavam serviços á família (Duriez,1995, Cit. In. Fourdrignier, 2003, p.123)

O facto de o idoso permancer no domicilio pondo em causa a institucionalização deve-se a quatro factores: O primeiro de ordem ideológica, mantendo-se no seio da familia sentindo o prazer dessa presença. O segundo

menção a razão económica sendo que no domicilio os custos são menores. O terceiro pelo facto de poderem suportar as despesas acrescidas evitando dessa forma a disponibilização de recursos para uma instituição. Tendo estes factos sido envolvidos por outros acontecimentos na época de 90, a proximidade e o domicilio surgem como viveiros de empregos e de proveitos, (Math e Renaudat, 1997, Cit In. Fourdrignier, 2003 p.123).

Após pesquisa bibliográfica denota-se que a família continua e continuará a ser o centro de toda a criação de uma identidade, os laços afetivos sobrepõem- se ao bem-estar, o idoso vive num meio que lhes é familiar e o considera dele, as normas e adaptações não existem, e as relações de vizinhança já perduram á muito tempo. O facto de se manter no domicilio continua e continuará a ser o último recurso tanto para os familiares como para o próprio ascendente.

Diversos estudos, justificam a maior longevidade da mulher relativamente ao homem, mas sujeita a uma maior dependência no final do ciclo de vida, cabendo-lhes a ela o papel de cuidadora principal da família. As grandes alterações demográficas e as alterações de papéis sociais sofridas pela sociedade levam a que altere a tendência de ter como cuidador principal a mulher.

Segundo a população alvo a mulher continua a predominar a nível de cuidados institucionais, relativamente ao domicilio verifica-se que os homens predominam como cuidadores principais nesta população, não se podendo generalizar visto o grupo de estudo não ter sido alargado.

Optar por viver na própria habitação ou numa instituição em que fica dependente de vários factores individuais e extra - individuais, psi - sociais e económicos. Das vivências de uma vida e da sua capacidade de *adaptação*, *flexibilização*, *acomodação*, assim como das estratégias de *coping* que cada indivíduo ou família encontra para superar a situação. Alterar o meio de vivência e habitacional no idoso gera uma crise de identidade e a qual se pressupõe que através destes mecanismos de defesa se consiga identificar com o novo meio devido á grande plasticidade de adaptação existente nesta fase da vida.

Denota-se que os idosos institucionalizados se mantêm mais activos e participativos, a institucionalização decorreu por vontade própria, sendo difícil definir o que é correcto ou incorrecto quando a debilidade não deixa que se pronunciem dando-lhes voz activa.

Quanto aos apoios disponibilizados pelas políticas de saúde, económicas e sociais vigentes pode-se constatar que favorecem os idosos institucionalizados em IPSS, dando uma verba reduzidíssima ao cuidador principal em domicílio, não lhes permitindo auferir de um valor satisfatório a nível económico como compensação pelo trabalho desenvolvido.

O apoio social baseia-se em conhecer os recursos para á posterior poder disponibilizar recursos específicos que se baseiam em quatro aspectos essenciais: apoio emocional, instrumental (auxílios materiais, trabalho técnico, ajuda financeira); apoio de informação (aconselhamento sugestões e orientação para a resolução do problema); interacção social positiva (disponibilidade de pessoas para poder sentir-se mais liberto e relaxar). (Camargo, 2010, p.243).

Segundo os dados das politicas nacionais sociais e de saúde, actualmente as familias dispõem de mais meios auxiliares de ajuda tanto nas tarefa do quotidiano, higiene, alimentação, mobilização, cuidados de enfermagem, disponibilizados por serviços ao domicilio tanto a nível privado como estatal pensando em atenuar o desgaste e melhorar o bem estar do cuidador , fornecendo-lhes informação e técnicas que lhes facilitem a tarefa de cuidar.

Desta forma, o ato de cuidar está envolto de complexidade e de motivações tanto para o idoso como para a família e cuidador principal, tanto num contexto micro ou macro, dessa forma exige uma análise cuidada, preservando o seu espaço, autonomia, afectividade entre os membros de forma tornar-se uma realidade, (Pimentel & Albuquerque, 2010, p. 262).

Segundo a institucionalização do idoso está associada aos seguintes factores: classe social, revelação de doença, imobilidade, instabilidade, incontinência urinária e demência, constituem os mais relevantes. A institucionalização do idoso pode afigurar-se como a única alternativa para a família, perante a falta de suporte familiar, financeiro, psicológico e disponibilidade de tempo necessário para dar um apoio satisfatório. A instituição pode prestar apoio por um período de tempo determinado ou não. Não constituindo factor de risco para o idoso visto ter acompanhamento, atenção, serviços especializados com actividades programadas sendo que a maioria a quando da sua admissão encontram-se fragilizados física e mentalmente, (Santos; Andrade 2005, Cit. In. Martins & Medeiros, s.d.)

O apoio social contribui para manutenção da saúde das pessoas, para a melhoria das condições de vida, promovendo processos de cura; apoiando na superação de diversos acontecimentos tais como: o luto de familiares, perda de papéis sociais, a adaptação a uma nova casa, incentivar a actividade para superar as perdas de capacidade, acompanhar e apoiar na institucionalização, entre outros. Desta forma pode-se entender que a rede de apoio e o convívio com outras pessoas considera-se uma verdadeira estratégia de sobrevivência, (Sluzki, 1997 & Valla, 2000 cit. in. Júnior & Tavares, 2005:151)

Pode-se constatar que no domicílio prevalece o sexo masculino como tratador principal, tratando-se de indivíduos solteiros, denotando-se a proveniência de família destruturada, continuando dessa forma a manter a habitação dos progenitores como o seu porto de abrigo, dando lugar a obrigação moral de tratar dos seus ascendentes, o acesso à habitação não é facultado, apenas ao serviço de saúde, demonstrando-se através da escala de Gijón que o nível de risco é superior no domicílio face aos institucionalizados. Não se podendo generalizar por se tratar de uma amostra.

A nível de institucionalizados predomina como tratador formal o sexo feminino, os idosos seleccionados têm mais autonomia e apresentam um grau de satisfação com a vida superior, além de correrem um menor risco social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 13/DGCG, D. G.-N. (02 de 07 de 2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em 12 de 10 de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- 2011, D.-G. d., & DGSS. (06 de 2011). *Montantes das Pensões de Invalidez, Velhice e Morte*. Obtido em 09 de 11 de 2011, de http://www2.segsocial.pt/preview_documentos.asp?r=33965&m=PDF.
- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação- Um guia prático e critico*. Lisboa: Asa Editores, S.A.
- Alves, J. F. (2005). *Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas : contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos*. (Q. Editora, Ed.) Obtido em 2011, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4221/1/Abuso%20e%20Neglig%C3%Aancia%20-real%20last%20pdf.pdf>.
- Balasteros, R. F. (2009). *Envejecimiento Activo - Contribuciones de La Psicologia*. Madrid: Pirâmide.
- Camargo, R. a. (2010). Implicações na Saúde Mental de Cuidadores de Idosos: Uma Necessidade. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental* , p. 240.
- Costa, A. F. (1986). A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In S. Silva, & P. J.M., *Metodologias das ciências Sociais* (pp. 129-148). Porto: Afrontamento.
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (12 de 2010). *As vivências do cuidador informal do idoso dependente*. (R. d. Referência, I. S.-n.-D. 2010, & pp.127-136, Edits.) Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14.pdf>.

- Cunha, M. C. (2007). *Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal*. (U. d. Saúde, Editor) Obtido em 02 de 12 de 2011, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3268/1/2008000673.pdf>.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Alves, J. (s.d.). *Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos*. Obtido em 12 de 10 de 2011, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%C3%Aancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>.
- Fialho, D. (2006). A Reforma do Dividendo Populacional Consequências Económicas e Sociais do Envelhecimento da População Obtido em 16 de 05 de 2010, de. <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1998/1/wp200610.pdf>.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi- Editores.
- Fourdrignier, M. (2003). As Profissões do Domicílio. In J.-N. C. (org), *Os Novos Desafios do Trabalho Social - Dinâmica de um campo Profissional* (pp. 121-146). Porto: Porto Editora.
- GEP, G. d., & MTSS, M. d. (2009). *CARTA SOCIAL- Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2009*. Obtido em 15 de 10 de 2011, de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2009.pdf>.
- Goulart, F. M., Ferreira, J. A., Santos, K. A., Moraes, V. M., & Filho, G. A. (s.d.). *Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados : Uma revisão da literatura*. Obtido em 12 de 11 de 2011, de <http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>.
- Start - Hamilton (2002). *A psicologia do envelhecimento - uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Imaginario, C. (2008). *O Idoso Dependente - Em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.

- INE, I. N. (08 de 03 de 2001). *Mulheres e homens nos Anos 90*, de. *WomenMen_in_the_90's.pdf*. Obtido em 5 de 16 de 2010
- Instituto da Segurança Social - I.P. (Outubro de 2011). *Guia Prático Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*. Obtido em 16 de 10 de 2011, de http://195.245.197.202/preview_documentos.asp?r=22884&m=PDF.
- J.L.Vega Vega, M. B. (s.d.). Sociologia del Envejecimiento. In F. G. Llera, J. M. Casado, Coord., & J. F. Núñez (Ed.), *Geriatría desde el principio* (pp. 15-54). Madrid: Editorial Glosa.
- Jacob, L. (2007). *Cadernos Socialgest, nº 4 (Manual de Animação de idosos) – 2007*. Obtido em 12 de 11 de 2011, de <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/animacao-idosos/animacao-idosos.pdf>.
- Júnior, A. S., Silva, R. A., & Bastos, O. (jul./set., 2009). *Idosos Institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos*. Obtido de http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72%283%292009%20%28Cap.3%29%28OK%29.pdf.
- Júnior, R. C., & Tavares, M. d. (o2 de 2005). *A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião*. (S. E.-5. Interface - Comunic, Produtor) Obtido em 03 de 12 de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar- Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.
- Madeira, M. (dezembro de 1996). A família e a Protecção Social. *Conhecer a Acção Social, N.º 1*, pp. 1-10.
- Martins, G. B., & Medeiros, F. D. (s.d.). *Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Obtido em 03 de 12 de 2011, de <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/gilmara/artigogilmara.pdf>.

- Moreira, I. M. (2006). *O doente terminal em contexto familiar* (2.^a ed.). Coimbra: Formasau- Formação e Saúde L.da.
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social, MTSS- CNIS, 2. (2010). *Protocolo de Cooperação de 2010, Celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*. Obtido em 15 de 10 de 2011, de http://novo.cnis.pt/images_ok/Protocolo%20MTSS-CNIS%202010.pdf.
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social, MTSS -C. S.-M., & GEP, G. E. (Outubro de 2009). *Dependência - O apoio informal a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Obtido em 30 de 11 de 2011, de http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:EVVYqwzZuKMJ:www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf+apoios+ao+cuidador+informal+e+ao+idoso+Pelo+Minist%C3%A9rio+da+Seguran%C3%A7a+Social+em+Portugal&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEEShBe_iR6dLjcEnf8rv3sTP-K9.
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social, MTSS, M. d., & GEP, G. d. (10 de 2009). *CARTA SOCIAL - Rede De Serviços e Equipamentos ;*. Obtido em 15 de 10 de 2011, de http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf.
- Osório, A. R., & Coord), F. C. (2007). *As Pessoas Idosas - Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pimentel, L. G., & Albuquerque , C. P. (06 de 2010). *Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações*. (v. 9.-2. Textos & Contextos (Porto Alegre), Editor) Obtido em 02 de 12 de 2011, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787>.
- Rasgado, S., & Santos, V. (Setembro de 2010). O descanso do cuidador. *Pretextos - n.º 39* . Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rocha, V. M. (2009). *O Impacto dos cuidadores informais : Uma Perspectiva Diferente*. Obtido em 27 de 06 de 2011, de <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1091/3/VaniaRocha.pdf>.

- Rócio Fernandez - Balasteros, (2009). *PsicoGerontologia - Perspectivas europeas para um mundo que envelhece*. Madrid: Pirâmide.
- Rosa, E. (12 de 03 de 2009). Obtido em 18 de 05 de 2010, de Em Portugal a pensão média da Segurança Social em 2009 é apenas de 389 euros
[Http://www.eugeniorosa.com/sites/eugeniorosa.com](http://www.eugeniorosa.com/sites/eugeniorosa.com).
- Santos, A., Loureiro, M., & Fragoso, V. (06/07 de 2008). *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. (U. S. Sociais, Ed.) Obtido em 12 de 11 de 2011, de
http://www.google.pt/#q=Factores+que+influenciam+Institucionaliza%C3%A7%C3%A3o+do+Idoso+Artigo+Cientifico&hl=pt-PT&prmd=imvns&ei=3G6-TsDjLqbQ4QTY7JyaBA&start=20&sa=N&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=8f59be313e19dale&biw=1280&bih=619.
- Seabra, V. (Maio de 2011). *Intervenção do Serviço Social nos Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 30 de 11 de 2011, de
<http://servicosocialsaude.wordpress.com/cuidados-de-saude-continuados/>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos - Com Dependência Física e Mental*. Porto: Lidel.
- Sousa, L., & Cerqueira, D. F. (2006). *Envelhecer em Família*. Lisboa: Ambar.
- Teixeira, L. M. (2010). *Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: Um estudo Avaliativo Exploratório e Implementação – Piloto de um Programa de Intervenção*
Obtido em 18 de 10 de 2011,
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf.
- Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Instituto Nacional de Estatística – Estatísticas Demográficas (2006) , 28/02/2008
http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&source=hp&q=INE++2006&gbv=2&rlz=1R2TSEA_pt-BR&oq=INE++2006&gs_l=heirloom-hp.12...7416.11612.0.13271.10.5.0.4.4.0.674.1579.3-1j0j2.3.0...0.0...1ac.1.k_vOOzUpww4

O Envelhecimento em Portugal; O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio - económica recente das pessoas idosas - 2002 Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE, obtido 18 de 10 de 2011

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

BIBLIOGRAFIA ACESSÓRIA

A.C.A., M. R. (06 de 01 de 2009). Ser Idoso Hoje ,Obtido em 16 de 05 de 2010

<http://santascasasdamisericórdia.blogspot.com/2009/01/ser-idoso-hoje.html>.

Almeida, J. &. (s.d.). Teoria e investigação empírica nas ciências sociais Obtido em 01 de 07 de 2010

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223912596D11PA2iy3Nz71OD5.pdf>.

Ausloos, G. (2003). *A competência das Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Carvalho, A. D., & Baptista, I. (2004). *Educador Social- Fundamentos e Estratégias*. Porto: Porto Editora.

CID, G. D. (2005). *Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: CEM- Artes Gráficas.

Constança, P. (2009). Lares Assentuem declínio dos idosos. *Lusa* .

Cybele Ribeiro Espinola, S. L. (01 de 12 de 2006). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. pp. 301-306.

Divulgação N. D. (Dezembro de 1996). *A Família e a Protecção Social*. (D.-G. d. Social, Ed.) Obtido em 30 de 03 de 2011, de

http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=13082&m=PDF.

Estatística, I. M. (21 de 09 de 2007). *Nos próximos vinte anos o número de Idosos poderá mais do que*. Obtido em 28 de 11 de 2011, de

http://www.google.pt/search?hl=ptBR&rlz=1T4TSEA_ptBR_PT427&q=Eurostat%20%20envelhecimento%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,%20INE%202006&spell=1&sa=X.

Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social - Portugal 2008/2010.

(Setembro de 2008). Obtido em 29 de 11 de 2011, de

http://www.mtss.gov.pt/docs/ENPSIS2008_2010.pdf.

Fischer, G.-N. (2002). *Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social*. (V. casimiro, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Quantitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora, Lda, Estoril.

Leiria, I. C. (2005). *Diferenças , Desigualdades, Exclusões e Inclusões. Uma reflexão sobre a Identidade do Idoso*. Leiria.

Lessard-Hebert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Luc Albarelho, F. D.-P.-G. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos*. Lisboa: Gradiva- Publicações ,Lda.

M.LEE, R. (2003). *Métodos Não Interferentes em Pesquisa Social*. Lisboa: Gradiva- Publicações, Lda.

Marcia Cristina Moura Rezende, T. d. (Jan./Fev. de 2009). *AIDS na Terceira Idade: Determinantes Biopsicossociais*. pp. v. 36, n.1/2, p.235-253.

Marconi, M. d. (1907). *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Publicações Atlas.

Mmauretti, R. (2004). *Padrões de vida na velhice. In Análise Social .vol xxxix* (pp. 339-363).

Mendes, R. (Outubro de 2003). *Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Obtido em 25 de Março de 2010, de <http://www.efdeportes.com/efd65/caso.htm>.

Meneses, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica*. Porto: Levpsic.

- Netto, M. P. (2006). *O Estudo da Velhice : Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. In E. Freitas, P. L., C. F.A.X., & D. J. L., *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1130 -1387). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Núñez, J. F., Llera, F. G., & Casado, J. m. (s.d.). *Sociologia del envejecimiento*. In M. B. J.L.Vega, *Geriatria Desde El Principio* (pp. 39-67). Editorial Glosa.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora
- Paugam, S. (2003). *A Desqualificação Social- Ensaio sobre a nova Pobreza*. Porto: Porto Editora L.da.
- Paúl, C. (s.d.). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Obtido em 19 de 10 de 2011, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Pimentel, J. V. (2005). *Intervenção Focada na Família: desejo ou realidade* (Vol. Livros SNR N.º 23). (P. d. Ministros, Ed.) Lisboa: Secretariad Nacional para a reabilitação e integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso Na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Pontes, R. N. (2002). *Mediação e Serviço Social*. São Paulo: Cortez Editora.
- Quivy, R. &. (2008). *Manual de investigação em ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Sérgio António Carlos, M. d. (1999). Identidade, aposentadoria e terceira idade. pp. V.1, p.77-89.
- Santo, P. d. (2010). *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais- Génese , Fundamentos e Problemas*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- V., B., & S.J., Q. (Janeiro-Julho de 2005). *Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em ciências Sociais*. Obtido em 25 de 03 de 2010, de <http://www.emtse.ufsc.br/3-art5.pdf>.
- Valéria Moura Moreira Leite, E. M. (Jan./Mar., de 2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras.Saúde Mater.Infant., Recife, 6 (1):* , pp. 31-38.

ANEXOS

QUADRO N.º 1- ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição -L	Registos	Pessoa e Grupo
1. Idade	Masculino		1.4.D 4 – 84 anos 1.5.D5 – 82 anos			D – n.º 5 L- n.º 4
	Feminino		1.1.D1 – 89 anos 1.2. D2 – 96 anos 1.3. D3 – 83 anos	1.6.L1- 98 anos 1.7. L2- 76 anos 1.8. L3- 86 anos 1.9. L4- 76anos		
2. Cuidador - C		Masculino	2.1.D 1 – 58 2.3. D3 – 57 2.5. D5 - 55		Filho Filho Filho	DC- n.º 3 Informal
		Feminino	2.2. D2 – 67	2.6. L1 – 44 2.7. L2 2.8.L3 2.9. L4	Filha - “Até 50 anos de 21 a 60” anos - Não, “ Não me lembra do nome das empregadas”. - “ Não sei que idade tem”	DC- n.º 1 Informal, mais técnicos do SNS (X) equipe multidisciplinar, mais duas funcionárias LC – Formal, 11 Funcionários na instituição, mais 3 colaboradores

QUADRO N.º 1.2- ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias	Apoio	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
3. Idade Declínio	Tipo de Apoio	Formal Informal Informal Informal Informal	3.1. D1- 82 3.2. D2- ---- 3.3. D3- 55 início 3.4. D4 – 79 3.5.D5- -----		--Hospital, Amiga -Idade -Agravou – 78 anos -Agravou-se-78	D- 4 R D – 2 R não mencionam o início do declínio
		Formal Formal Formal Formal		3.6.L1-80 3.7. L2- 64 3.8.L3 ----- 3.9. L4-----	Não sei	L- 2 R mencionam o início do declínio 2 R nulas
4. Razão de saúde que conduziu á debilidade	Doença incapacitante		4.1. D1 4.2. D2 4.3.D3 4.4. D4 4.5. D5	4.6. L1 4.7.L2 4.8. L3 2.9. L4	-AVC -Idade - Parkinson - Demência - ----- - Alzheimer -AVC - “Tonturas na cabeça, esqueço-me de tudo”. -“Sinto-me bem”	D-4 R D- 1 R nula L- 4 R

QUADRO N.º 1.3 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES								
Categorias	Subcategorias			Cuidados	Grupo Domicilio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
5. Apoio e serviços específicos Diários		Os Familiares ajudam nas tarefas de AVD		-Controlo de Glicémia e AVC Médico Enfermagem	5.1.D1		-“Duas senhoras 1 Manhã 1 Tarde Eu a tarde/fim-de-semana”. -“Come tudo”.	D- 4 R D- 1 Não fez entrevista
				-Come o que nós comemos Da cama não caí -A minha mãe necessita de ser vigiada -----	5.2.D2 5.3. D3 5.4.D4 5.5.D5			
6. Quem Cuida Diariamente	Cuidados formais no domicílio		Familiares	-Alimentação Higiene Locomoção -Controlo de Glicémia Administração insulina Banho -----		5.6. L1 5.7. L2	- “Funcionárias”. -“Médico Enfermeiro Auxiliares” -“Não as ocupo muito gostam de ajudar”. -----	L- 3 R L – 1 R nula
				Cuidados Informais -				

QUADRO N.º 1.4 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES

Categorias	Subcategorias		Cuidados	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
5. Apoio e serviços específicos Diários 6. Quem Cuida Diariamente a) e b)	Cuidados formais no domicílio		Rede de Vizinhança	_____			
		Instituição Centro Saúde	Cuidados Paliativos	Médico Enfermagem Sociais	6.1. D1 6.2. D2 6.3.D3 6.3.D4 6.5.D5	6.6.L1 6.7.L2 6.8.L3 6.9.L4	D2 -“Não é o meu irmão eu não tenho bagar”. D- 4 Respostas D- 1 Não fez entrevista (R) No Passado Domicilio Domicilio Domicilio Visita L- 4 R
				Psicólogo Fisioterapeuta	6.1.1. D1		

QUADRO N.º 1.5 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES								
Categorias	Subcategorias			Habilitações	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo /Formação	Pessoa e Grupo
5. Apoio e serviços específicos Diários 6. Quem Cuida Diariamente a) e b)	Cuidados formais no domicílio	Formação de Pessoal	Domicilio	Licenciatura	6.2.D1		“Centro de enfermagem, Antes do Centro de saúde dar apoio fez um estudo clínico para ter apoio dos cuidados paliativos”.	D- 3 Respostas- (R) D- 2 R Nulas
			Escolaridade	4.ª classe	6.2.D2		----- “O serviço de enfermagem já me ajudou”.	
				4.ª Classe	6.2.D3			
				4.ª Classe	6.2.D4			
				9.º Ano/12.º ano/ Licenciatura	6.2.D5		----- -“Não”. -“Não senhora” -“Não, não”. -----	
			Ainda no Domicilio			6.2.L6 6.2.L7 6.2.L8 6.2.L9 -----		L- 3 R L- 1 Nula
			Instituição					
			Formação profissional			-----	-----	

QUADRO N.º 1.6 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo Registo /Formação	Pessoa e Pessoa e Grupo
7.A quem recorre na dificuldade?	Ajuda nas AVD	Famíliares	7.1. D1		-“Não só ocasionalmente A minha sobrinha passa por cá, que é psicóloga clinica, ela também trabalha. Ela vem quando eu estou mais em baixo, ela vem-me dar conforto”.	
			7.2. D2		“-As minhas irmãs também ajudam nos cuidados, duas ou três vezes na semana a vê-la, elas não são obrigadas a estar aqui a toda a hora, coitadinhas têm que trabalhar para elas”.	

QUADRO N.º 1.7. - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo/ Formação	Pessoa e Grupo
7.A quem recorre na dificuldade?	Ajuda nas AVD	Familiares	7.3.D3 7.4. D4 7.5. D5	7.6. L1 7.7.L2 7.8. L3 7.9. L4	----- ----- ----- -“Visitas têm”. -“Tenho por telefone. 83 Anos é irmã mais velha; A mais nova tem 43 anos sobrinha, não tenho filhos”. -“A família auxiliava-me quando eu precisava”. -----	D- 2 R D- 3 R nulas L – 3 R L – 1 R nula

QUADRO N.º 1.8 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio – D	Grupo Instituição -I	Registo /Formação	Pessoa e Grupo
8. Os vizinhos e amigos institucionalizados prestam-lhe alguma ajuda?	Nível de apoio	Vizinhos e Amigos	8.1. D1		-“Sim, a nível de conforto e psicológico”.	D- 4 R D- 1 R Nula
			8.2. D2		- “Ajudam, ajudam, isso não há problema”.	
			8.3.D3		- “Ah, Ah! Se for preciso e como último recurso, poderão vir ajudar”.	
			8.3.D4		-----	
			8.5.D5			
				8.6. L1	- “Sim”	L- 2 R L2 R nulas
				8.7.L2	- “Presto ajuda e também me prestam verifica-se a ajuda mutua”.	
				8.8. L3	-----	
				8.9. L4	-----	

QUADRO N.º 1.9 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo /Formação	Pessoa e Grupo
9. O pessoal recebeu alguma formação para cuidar e tratar as situações?		9.1. D1 9.2. D2		-“Sim, Sim”. - “Não, nunca recebeu nada. O meu irmão é corregedoso (jeitoso).Ela chega a um ponto que perde a cabeça um bocadito, já não sabe onde fica o oclismo (autoclismo) para limpar onde faz o serviço e o resto, vai o meu irmão por trás liga a água e lava aquilo, já se sabe como é uma pessoa idosa, muito ela faz. Não é verdade” ----- ----- -----	D – 2 R D 3 R Nulas
		9.3.D3 9.3.D4 9.5.D5	9.6. L1 9.7.L2 9.8. L3 9.9. L4	-“Sim; cria alguns obstáculos, por exemplo: fugir, tirar a fralda, há noites que não dorme, tirar a roupa aos outros utentes e deixá-la no corredor”. ----- -“Eu acho que sim” - “Sim gostam de ajudar, gostam”	L – 3 R L 1 R Nula

QUADRO N.º 1.10 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo /Formação	Pessoa e Grupo
10. A quem recorre quando sente dificuldades?		10.1. D1		- “Sim agora é o centro de saúde que disponibiliza o material para tratar as escaras. Inicialmente a minha mãe fez tratamento com um medicamento em pó, para secar as escaras, que agora não me lembro do nome, esse era requisitado na farmácia do hospital e pago por ela”.	D – 4 R D- 1 R Nula
		10.2. D2		- “ Recorremos ao médico V sempre que precisamos”.	
		10.3.D3 10.3.D4		- “ De noite ainda não precisei. Se for a minha mãe a precisar de ajuda e, como anda a pé, posso agarrar no carro e levá-la, mas se for o meu pai tenho que recorrer à ambulância pró levar ao hospital”.	
		10.5.D5		_____	
			10.6. L1 10.7.L2 10.8. L3 10.9. L4	- “ È a diretora e a funcionária que estiver”.	L - 2 R L – 2 R Nulas

				“ Quando tenho alguma dificuldade recorro á diretora”.	

QUADRO N.º 1.11 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registos /Formação	Pessoa e Grupo
11. O pessoal tem meios necessários para lhes prestar ajuda?		11.1. D1 11.2. D2		----- -“ Não, a cama onde ele está deitado foi a que comprou o meu pai”. - “ Ainda não trouxe porque não quis, mas como eu estou a dormir na mesma cama com ele, não andei a trazer camas porque aquelas camas são individuais e ao fim é bastante o quarto mas ao fim não é coisa eu estar a por outra cama para eu estar no quarto ao pé dele e foi por isso não foi culpa deles se não trouxe foi porque”.	D- 3 R D – 2 R nulas
		11.3.D3 11.3.D4 11.5.D5	11.6. L1 11.7.L2 11.8. L3 11.9. L4	----- - “Sim” ----- ----- “ Têm, têm”.	L - 2 R L-2 R Nulas

QUADRO N.º 1.12 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Afirmação /Formação	Pessoa e Grupo
12. Apoio social, material, atividades e médico?		12.1. D1 12.2. D2		----- - “ A minha mãe recebe uma reforma de duzentos e poucos euros, está com trezentos e tal a ajuda da pensão do homem que morreu. Mesmo com esta miséria de reforma não conseguimos, que ela receba a segunda reforma. Por isso não acredito em promessas de ajudas”. -----	D – 1 R D -3 R nulas D- 1 R não fez entrevista.
		12.3.D3 12.3.D4 12.5.D5	12.6. L1 12.7.L2 12.8. L3 12.9. L4	----- “ Até agora tem sido suficiente” ----- “Sim, Sim”. -----	L – 2 R L- 2 R nulas

QUADRO N.º 1.13 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
13. Julga-se capaz de resolver a situação de forma eficaz?	Julga-se capaz?	A tarefa de cuidar deve ser aliviada?	13.1. D1		-“ Sim, sim. A verdade é uma, tenho carta- branca, entre aspas, para contactar enfermeiros e médicos, mesmo fora do seu horário de trabalho, sempre que tenha uma situação urgente. Ainda há dias, a doente tirou a algália e fora do seu horário o enfermeiro fez-me o favor de lha vir colocar portanto, nesse aspecto, sinto-me muito segura, sabendo que posso contar com a disponibilidade da equipa”.	D- 3 R D- 1 R Nula
			13.2. D2 13.3.D3 13.3.D4 13.5.D5	13.6. L1 13.7.L2 13.8. L3 13.9. L4	-“ Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso”. - “ Até á data estou a controlar a situação”. ---- ---- - “ Ajudam, o que mais faço é rezar, quando vamos às festas, cantar, e....”. - “ As coisas difíceis não nas coisas normais conseguem”. -“ Sim elas são boas pessoas todas”	

QUADRO N.º 1.14 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
14. A tarefa de cuidar devia ser aliviada?	Períodos do dia?	14.1. D1		<p>-“ Não, eu sou uma pessoa, que para descansar basta sentar-me ou sair um bocadinho para tomar um café que alivio o stress. Como trabalho durante o dia e a minha vida profissional me preenche, isto também ajuda a atenuar a tarefa de cuidar. Quando tirei a especialização em ensino especial nunca pensei que me ia a ser tão útil no futuro para atendimento da minha mãe, porque nós apanhamos uma couraça, de defesa psicológica e interior que nos ajuda a superar algumas dificuldades perante a deficiência. Eu nunca imaginei, na minha vida, que o meu curso fosse assim uma bengala para conseguir manobrar esta situação”.</p> <p>Tabela seguinte 2.13.</p>	

QUADRO N.º 1.14 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
14. A tarefa de cuidar devia ser aliviada?	Períodos do dia?	14.2. D2		- Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso”.	D- 4 R
		14.3.D3 14.3.D4		- “Não. Também nunca foi preciso até a data. Como a vida é imprevisível logo se vê o que se passará”.	D – 1 R Nula
		14.5.D5	14.6. L1 14.7.L2 14.8. L3 14.9. L4	----- -“ Sim, Sim”. -“ Sim, Sim”. -“ Não sei coitaditas elas fazem o que podem, e são prestáveis” - “ Deviam descansar um pouco também se cansam, não é, mas elas para mim são todas boas”.	L – 4 R

QUADRO N.º 1.15 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
15. Acha que conseguem levar a bom termo a tarefa de cuidador principal?	Tarefa de cuidar.	15.1. D1 15.2. D2 15.3.D3 15.3.D4 15.5.D5	15.6. L1 15.7.L2 15.8. L3 15.9. L4	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -“ As coisas difíceis não mas as coisas normais conseguem” -“ Conseguem, conseguem, são boas pessoas”.	D- 5 R Nulas L- 2 R Nulas L- 2 R

QUADRO N.º 1.16 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
Já alguma vez foi abordado ou pensou a necessidade de aliviar o cuidador /instituição ou fazer-se substituir durante um determinado período para recuperar as forças e manter o seu nível de bem-estar?	-Aliviar o cuidador	16.1. D1		-“ Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse”.	D- 4 R
		16.2. D2		- “ Nunca me falaram nisso”.	D- 1 R
		16.3.D3		- Não, isso nunca me disseram, Não. Também nunca foi preciso até a data. Como a vida é imprevisível logo se vê o que se passará.	Nula
	- Recuperar as forças.	16.3.D4		-----	
		16.5.D5			
			16.6. L1	-“ Não os cuidadores formais têm direito a férias há horários”.	2 – R
	- Manter o seu nível de bem-estar.		16.7.L2	-----	2 – R
			16.8. L3	-----	Nulas
			16.9. L4	-----	
				-“ Sabia disso tudo, foi-me dito quando fui ao centro de saúde pois”.	

QUADRO N.º 1.17 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES

Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
17. Nas idas ao Centro de Saúde ou nas visitas efetuadas por este organismo alguém lhes comunicou que tinha um serviço disponível para poder descansar durante um ou dois meses (provisório) a tarefa de cuidar vivendo no seu domicílio?	- Cuidados Paliativos	17.1. D1		- <i>“Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse. Enquanto eu tiver forças, enquanto eu estiver bem psicologicamente, que às vezes não é fácil, eu trato da minha mãe. Não é tratar da minha mãe o que mais me preocupa, mas sim que lhe volte a repetir o AVC. No fim-de-semana, que há mais sossego em casa, ela dorme muito. Às vezes está mais debilitada psicologicamente assim como qualquer pessoa”.</i>	D- 4 R D- 1 R Nula
	- Cuidados Continuados	17.2. D2		- <i>“Nunca me falaram nisso, não interessa enquanto for vivo eu e o meu irmão, a minha mãe não sai daqui de casa, não há centros de saúde nem lares nem coisa nenhuma, muito mal teria que estar eu e o meu irmão para mandar a minha mãe a morrer lá fora, isso nunca”.</i>	
		17.3.D3		- <i>“Não, isso nunca me disseram. Então, quando o cuidador se sente muito cansado pode recorrer ao serviço de saúde para poder liberta-se durante um período de dois meses mais ou menos!</i>	
		17.4.D4		----- - <i>“Torna-se extremamente cansativo para o familiar”.</i>	
		17.5.D5	17.6. L1 17.7.L2 17.8. L3 17.9. L4	----- - <i>“ Não ninguém me disse nada”.</i> -----	L – 2 R L – 2 R Nula

QUADRO N.º 1.19 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
19. Anteriormente alguma vez pensou em institucionalização?	Institucionalização	19.1. D1		-----	D- 2 R D – 3 R Nulas
		19.2. D2		-----	
		19.3.D3		- “Não, não. Só se a saúde me faltar e que não possa aí, terá que ser, terá que”.	
		19.4.D4		-----	
		19.5.D5		-----	
			19.6. L1	- “ “Não”. “Sim, não chega sequer a ter conhecimento”.	L – 3 R L- 1 R Nula
			19.7.L2	-----	
			19.8. L3	- “Eu vim porque estava cá a mãe da F, a minha irmã e ela não descansou enquanto não me apanhou cá, estava sempre a pedir-me para vir para cá”.	
			19.9. L4	- “ “Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.	
19.2 Sim				0 Respostas	
19.3 Não				0 Respostas	
19.4 Talvez				0 Respostas	

QUADRO N.º 1.20 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES						
Categorias	Subcategorias		Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
20. Quais as principais razões que o levaram a pensar na institucionalização?	Institucionalização	Pensou	20.1. D1 20.2. D2 20.3.D3 20.4.D4 20.5.D5	20.6. L1	----- ----- ----- ----- ----- <i>-“O facto de ela estar sozinha e os filhos trabalharem e não ter quem olha-se por ela em casa e a própria doença não era fácil para os filhos tê-la em casa já que não podiam estar junto dela “</i>	D- 5 R Nulas
				20.7.L2 20.8. L3 20.9. L4	----- <i>-“Vim, estou muito satisfeita”. -“Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.</i>	L – 3 R L- 1 R Nula

QUADRO N.º 1.21 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES

Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
21. Acha que o seu familiar/ próprio tem os mesmos cuidados que no domicílio/ Instituição?	Domicílio	21.1.D1		- “A nível alimentar e de cuidados médicos faria uma seleção da instituição, numa eventual hipótese de institucionalização. Contudo, há uma coisa que é gratuita; a entrega, o carinho, penso que não há nenhuma instituição que possa substituir a família. Sabemos que se pode estar num hotel muito bem com todas as mordomias, mas não é a nossa casa, que pode ser mais humilde, mas é nossa, é-lhe familiar. Acordar à noite e ver a cara da filha, dar um ai e ver alguém que lhes é familiar e na minha ausência, quando estou na escola, tem as senhoras que ela sabe muito bem quem são, acho que isso também transmite muita segurança a ela e a mim, eu é que sei como ela está”.	
	Institucionalização	21.2. D2		-“Não, não tinha, porque nós aqui fazemos-lhe todas as vontades. Como no lar é capaz que não, não sei, digo eu , pelo menos aqui está na casinha dela Deita-se por volta das 21h. e fica caladinha até por volta das nove horas . De manhã levanta-se pelo pé dela e vai ali para a cozinha. O meu irmão já tem lá a fogueirinha acesa para lhe preparar o pequeno-almoço: se quer peixe reja-lho, se quer Sardinha assa-lha, se quer vitela a mesma coisa. Há na cozinha um escano que serve de cama para ela descansar durante o dia, quando se quer deitar. ”	

QUADRO N.º 1.22 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
22. Acha que o seu familiar/próprio tem os mesmos cuidados que no domicílio/ Instituição?	Domicílio	22.3.D3 22.4.D4		<i>“O Meu pai se fosse numa instituição seria difícil compreende-lo, eu compreendo - o como se ele fosse mudo. Dar-lhe de comer não é quando nós queremos é só quando ele abre a boca, às vezes está a comer e fica com a boca travada e não come. Ontem ao meio dia comeu, hoje já não comeu, só agora consegui apanhar-lhe a posição de ele abrir a boca para lhe meter a comida. Se fosse num sítio desses passava a hora e ficaria algumas vezes sem comer ou conforme calhava. Ainda ontem para lhe meter a sopa fui lá seis ou sete vezes, a boca ficava travada. Ele nunca foi biqueiro comia de tudo, mas agora são necessárias 2 horas para lhe dar de comer.</i>	D- 4 R D- 1 R Nula
		22.5.D5		<i>-----</i>	
	Institucionalização		22.6. L1 22.7.L2 22.8. L3	<i>“Não aqui na instituição”.</i> <i>-----</i>	L- 2 R L 2 R Nulas
			22.9. L4	<i>“Estar acompanhada, foi para não estar sozinha, eu ainda disse ao meu filho, então não seria melhor estar em nossa casa e ele disse, não minha mãe para estar sozinha não, porque lhe pode passar alguma coisa e ficar na cama morta porque nas aldeias já não há ninguém, e é verdade, só há velhos e pode ter alguma coisa, e eu encontro que é verdade estou mais acompanhada aqui”.</i>	

QUADRO N.º 1.23 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
23. Enumere diferenças entre viver no seio da família e numa instituição.		23.1. D1		<p><i>“ As maiores alterações que eu notei foram as percas sentidas pela minha mãe, repentinamente. Eu estava habituada a vê-la sempre activa, com um dinamismo que metia inveja, que é mesmo assim, e depois ver um quadro em casa com uma pessoa acamada! Ela foi sempre uma pessoa com muita força, dava força a ela e aos outros e, agora, vê-la ali limitada numa cama,.. não sei se respondi a sua pergunta?”</i></p> <p><i>“É que realmente isso foi o que mais mexeu comigo o que mais me... A nível económico não tenho problemas. A única perca neste contexto foi ver a alteração dela, que não é tão pequena como isso. Foi difícil vê-la entrar em casa numa maca e ter saído pelo pé dela para passear e visitar uma amiga. Tenho a impressão que naquela altura Deus deu-me muita força foi como se o mundo desabasse aos meus pés, sem dúvida nenhuma “</i></p> <p><i>“ Não faço favor nenhum , isto é uma torna”</i></p>	

QUADRO N.º 2.23 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES

QUADRO N.º 2.23 - ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS A IDOSOS E CUIDADORES					
Categorias	Subcategorias	Grupo Domicílio - D	Grupo Instituição I	Registo	Pessoa e Grupo
23. Enumere diferenças entre viver no seio da família e numa instituição.		23.2. D2		-“Alterações..... não. Porque já viu a idade que tem minha mãe. Quem me dera a mim chegar á idade que ela tem. As vizinhas dizem-me a tua mãe ainda vai chegar aos cem anos. Quem vai adivinhar?”	D- 4 R D- 1 R Nula
		23.3.D3		-“Podem dar a atenção que derem mas nunca podem dar o afecto que podemos dar em casa. No lar pode haver limpeza, pode haver condições habitacionais tudo, mas não se pode dar apoio apenas a uma só pessoa. Porque aí não podem aturar só uma pessoa, sei que os funcionários estão de dia e de noite. À noite mudam-lhe a fralda e não os vão vigiar até de manhã, o trabalho está feito. Não se pode dar o mesmo cuidado tendo só um ou tendo um cento deles.	
		23.4.D4		Eu também lhe mudo a fralda por volta das 11 (23h) quando me deito e está até de manhã. Se houver outros problemas a gente já o muda no meio da noite. Compreendo as coisa tal e qual como são” .	

		23.5.D5		” Está melhor na instituição”, “Na instituição tem pessoal durante 24 horas para os vigiar, enquanto na família é um bocado frustrante estar 24h/24horas junto deles”.	L- 3 R L- 1 R Nula
		23.6. L1		-----	
		23.7.L2		-“Não isso nunca, não tinha”, “Sim, há bom ambiente”; Sim a F sobretudo e as outras sobrinhas continuam a dar apoio”.	
		23.8. L3		-“Se estivesse na minha casa não estava acompanhada como estou aqui, mas eu não queria mais companhia não sendo o meu marido, não queria nem quero”.	
		23.9. L4			

Tratamento de dados – “Entrevistas”

1. Idade do Doente? ____.

Domicílio

D1	BD2	D3,D4	D5
89 Anos -f	96 Anos -f	83 - f ; 84 anos. M-CASAL	83 Anos

Institucionalizado

L1	L2	L3	L4
“92 Anos”.	76	“86 Anos”	“76 Anos”

2. Idade Tratador Informal / Formal? ____

Domicílio

D1	D2	D3;D4
58 Anos	67 Anos	57 Anos

Instituição

L1	L2	L3	L4
“44 Anos”.	Até 50 anos “ De 21 a 60 anos”	Não, “Não. Não me lembra do nome das empregadas”.	“Não sei que idade tem”

3. de em que iniciou o declínio?

Domicílio

D1	<i>” Foi em 2004, dia 28 de Outubro, estava em casa de uma amiga minha e colega quando lhe dá um AVC, foi para o hospital e diagnosticaram que estava mais para a morte do que para a vida, esteve nos cuidados intensivos e receitaram-lhe vária medicação. Cada dia que a gente ia lá visitá-la tinha sempre prognóstico muito reservado, portanto... as visitas eram quase sempre interrompidas para intervenção médica, entrávamos lá sempre com medo de receber a notícia, acabou. Começou a recuperar com a administração do nidal, embora com limitações até a data.</i>
D2	- Penso que é a idade
D3; D4	<i>“ O meu pai já está assim, vai para cinco ou seis anos, mas ele começou a ficar paralisado quando tinha a minha idade. Reformaram-no aos cinquenta e cinco anos, por causa de andar trémulo, não me lembra como se chama a doença com Parkinson. Enquanto tinha resistência muscular andava a pé, quem o visse parecia que não tinha mal nenhum. Quando acamou era</i>

	<p><i>necessário ajudá-lo a virar. Enquanto a minha mãe tinha resistência dormiam os dois e ela ajudava-o. Ultimamente, pelo menos há 4 anos, tive que passar a minha mãe para a minha cama e eu vim dormir para a cama dele, porque durante a noite a minha mãe chamava-me várias vezes para o ajudar a virá-lo, assim não sossegava ela nem eu. Neste momento durmo com ele na mesma cama.</i></p> <p><i>A minha mãe tem muitos problemas: o coração dela está muito fraquinho, dão-lhe ataques epiléticos também, mas o problema agora é o cérebro, às vezes nem sabe o que come, ainda um destes dias, estive amanhoar um cibito (pedaço) de coelho com arroz e ela tanto sabia se era coelho como se era bacalhau, porque ela comentou “sabe bem este bacalhau, está bô”. Portanto há momentos que ela está lúcida e outros que não. Toma catorze comprimidos por dia.</i></p>
--	---

Institucionalizado

L1	“Aos oitenta”.
L2	“Sei, à 12 anos”
L3	“Já foi ao tempo, não sei”.
L4	

4. Qual a principal razão de saúde que conduziu a debilidade?

Domicilio

D1	“Logo que veio do hospital começou terapia com M D mas, dada a debilidade dela, que se alimentava muito mal, não tinha progressos visíveis. Então, ... reunimos familiarmente e, o recurso que achamos melhor para ela, era ter apoio da fisioterapeuta em casa”.
D2	
D3 D4	“ O meu pai agora está sempre na cama porque na cadeira aguenta-se pouco tempo. Há seis anos levantava-o da cama e deitava - o no escano, na cozinha. Agora está sempre na cama, está ele mais sossegado e a agente também, podemos ir fazer alguma coisa senão, não podíamos ir a lado nenhum, estar junto dele 24 horas sobre 24 horas sem poder sair, é impossível.

Institucionalizado

L1	“Alzheimer”.
L2	“ O meu problema começou quando me deu a trombose “
L3	“É a cabeça, o que tenho é tontura na cabeça , esqueço-me de tudo, muito esquecida”.
L4	“Sinto-me bem”

5. Que tipos de apoio lhes prestam diariamente? Alimentação, Higiene e cuidados, Locomoção, Domicílio

D1	<i>“Ela é diabética circunstancial e, por isso, faz o controlo de glicemia e de AVC, faz também medicação inerente ao AVC, portanto... tenta-se, dentro das nossas possibilidades, prestar-lhe um acompanhamento bastante cuidado, à mais pequenina alteração de atitude pedimos logo apoio médico e serviço de enfermagem, que têm sido incansáveis,... e é isso”.</i>
D2	<i>- “Quanto à alimentação ela come o que nós comemos: se é vitela ela come, mas se for frango também come portanto, come tudo o que lhe pusermos à frente, o que comermos nós é o que come ela”.</i>
D3 D4	<i>Sou eu sozinho e se precisar de sair, de ir a Bragança ou a outro sítio qualquer, peço -lhe ali à minha irmã e ela deita aqui um olho; a ele não é preciso porque da cama não se mexe e não cai, a minha mãe é que necessita de ser vigiada.</i>

Institucionalizado

L1	<i>“Higiene, alimentação, locomoção”.</i>
L2	<i>“Não sei, tomo a insulina três vezes por dia, controlo a glicemia e dão-me banho de oito em oito dias, porque diariamente eu ainda faço a minha higiene pessoal. A nível alimentar sirvo-me eu”.</i>
L3	<i>“Por enquanto ainda não as ocupo muito, nem no quarto, nem nada, não as ocupo muito”.</i>
L4	<i>“Sim eu estou contente com elas, ajudam no que podem, nalguma coisa que eu precise elas ajudam”.</i>

6. Quem cuida diariamente do seu Cliente /familiar?

Domicílio

D1	<i>Tenho apoio de duas senhoras; uma da parte da manhã e outra da parte da tarde, aos fins-de-semana é minha (sorri) e à noite também À noite e aos feriados, estou sozinha , não tenho apoio nenhum</i>
D2	<i>É o meu irmão.</i>

D3	<i>Sou eu sozinho e se precisar de sair, de ir a Bragança ou a outro sítio qualquer, peço -lhe ali à minha irmã e ela deita aqui um olho; a ele não é preciso porque da cama não se mexe e não cai, à minha mãe é que necessita de ser vigiada.</i>
D4	

Institucionalizado

L1	<i>“São as funcionárias”.</i>
L2	<i>“Tem médico, enfermeiro quando faz falta medir a tensão arterial, tem auxiliares”</i>
L3	<i>“Por enquanto ainda não as ocupo muito, nem no quarto, nem nada, não as ocupo muito”.</i>
L4	<i>“Sim gostam de ajudar, gostam”.</i>

7. Tem o apoio de algum serviço específico?

a. Cuidados paliativos (SNS), serviço de enfermagem?

Domicílio

D1	<i>“Sim. No início o acompanhamento era diário. Agora, dão-lhe apoio cada segundo dia, vêm fazer-lhe o penso, porque ela tem escaras, realmente eles têm sido de um profissionalismo extremo, que é impossível descrever. Tem apoio da nutricionista que vem a casa dar indicações sobre a alimentação e receita-lhe, por exemplo, estimulantes de apetite, estão sempre muito atentos. Esta unidade de cuidados paliativos acho que é uma unidade que transmite informação válida à família, para saber cuidar. Eles também ajudam nesse aspecto, com medicação conselhos etc. Ela estava na unidade de apoio ao centro de saúde, agora está com o Sr. Dr. V e com a equipa técnica de enfermagem, que faz parte desta unidade de cuidados paliativos ao domicílio.</i>
D2	<i>“Não temos apoio nenhum. É o meu irmão que cuida dela porque eu não tenho bagar. Eu saio às seis e só chego aqui às 11h - 11h15m, perto da hora do almoço, que é ao meio dia, torno a sair até à noite, e acabou, não paro em casa um minuto. O serviço de enfermagem dos cuidados paliativos vem todas as quartas-feiras mandado pelo Dr. V, já vai acabar esta semana, porque a escara já está curada”</i>
D3	<i>Já tive, agora não tenho. O serviço de enfermagem do centro de saúde já me ajudou e, tão depressa eu lhe telefone, como vêm dar-me apoio. Em relação</i>

D4	<i>ao serviço de enfermagem não tenho queixa nenhuma”.</i>
----	--

Institucionalizado

L1	<i>“Não, tinha um filho por perto que cuidava dela de vez em quando”.</i>
L2	<i>“Não senhora”</i>
L3	<i>“Não ainda era eu preciso”.</i>
L4	<i>“Sim, quando eu fui a aldeia eles ajudavam-me tem que comer aqui ao pé de nós , ajudam-me em tudo”</i>

b. Instituição com cuidados formais no domicílio?

Domicilio

D1	<i>“Inicialmente, antes de ter apoio do centro de saúde, vinha o centro de enfermagem B dar apoio, quase diariamente. Depois a Dr.ª F.R.,. que é a nossa médica de família, achou por bem, que a minha mãe, fosse apoiada pelo centro de saúde a nível de enfermagem e médico. A alteração da política de saúde a nível dos cuidados paliativos permitiu, que a minha mãe fosse integrada neste serviço, depois de sujeita a um estudo clínico e eu ter respondido a um inquérito”.</i>
D2	
D3 D4	<i>Já tive, agora não tenho. O serviço de enfermagem do centro de saúde já me ajudou e, tão depressa eu lhe telefone, como vêm dar-me apoio. Em relação ao serviço de enfermagem não tenho queixa nenhuma”.</i>

Institucionalizado

L1	<i>“Não”.</i>
L2	<i>“Não senhora”</i>
L3	<i>“Não, Não”.</i>
L4	<i>“</i>

8. Os seus familiares ajudam nas tarefas de actividades diárias?

a. Quem?

Domicilio

D1	<i>Não, só ocasionalmente a minha sobrinha passa por cá, que é psicóloga clínica, mas claro, ela também trabalha em V e tem a vida dela. Quando eu, às vezes, estou um bocadinho mais em baixo, ela vem-me confortar, só que de momento vai para o Porto e vou ficar sem ela</i>
D2	<i>“As minhas irmãs também ajudam nos cuidados, vêm duas ou três vezes por semana a vê-la, elas não são obrigadas a estar aqui a toda a hora, coitadinhas, têm que trabalhar para elas” .</i>
D3	
D4	

Institucionalizado

L1	<i>“Visitas têm “</i>
L2	<i>“Tenho por telefone”. “83 anos é irmã mais velha ; A mais nova tem 43 é sobrinha, não tenho filhos”.</i>
L3	<i>“A família sim auxiliava-me quando eu precisava”.</i>
L4	

b. Idade?

Domicilio

D1	
D2	
D3	
D4	

Institucionalizado

L1	
L2	
L3	
L4	

9. Os seus vizinhos e amigos institucionalizados prestam-lhe alguma ajuda?

Domicilio

D1	<i>Sim, a nível de conforto e psicológico</i>
B2	<i>“Ajudam , ajudam, isso não há problemas”.</i>
D3	<i>“ Ah! Ah! Se for preciso e como último recurso, poderão vir ajudar”</i>
D4	
Institucionalizado	
L1	<i>“Sim.”</i>
L2	<i>“Presto ajuda e também me prestam ajuda verifica-se a ajuda mutua”.</i>
L3	
L4	

10. O pessoal recebeu alguma formação para cuidar e tratar as situações?

Domicílio

D1	<i>“Sim, Sim”</i>
D2	<i>“Não, nunca recebeu nada. O meu irmão é corregedoso (jeitoso). Ela chega a um ponto que perde a cabeça um bocadito , já não sabe onde fica o oclismo (autoclismo) para limpar onde faz o serviço e o resto , vai o meu irmão por trás liga a água e lava aquilo, já se sabe como é uma pessoa idosa , muito ela faz. Não é verdade?” .</i>
D3	
D4	

Institucionalizado

L1	<i>“Sim” ; “Cria alguns obstáculos”, por exemplo “Como fugir, tirar a fralda, há noites que não dorme, tirar a roupa dos outros utentes e deixa-la pelos corredores”.</i>
L2	
L3	<i>“Eu acho que sim”</i>
L4	<i>“Sim gostam de ajudar, gostam”.</i>

11. A quem recorre quando sente dificuldades?

Domicílio

D1	<i>“Sim, agora é o centro de saúde que disponibiliza todo o material para tratar as escaras. Inicialmente a minha mãe fez um tratamento com um</i>
----	--

	<i>medicamento em pó, para secar as escaras, que agora não me lembro do nome, esse era requisitado na farmácia do hospital e pago por ela”.</i>
D2	<i>“Recorremos ao médico V sempre que precisamos.”</i>
D3 D4	<i>“De noite ainda não precisei. Se for a minha mãe a precisar de ajuda e, como anda a pé, posso agarrar no carro e levá-la, mas se for o meu pai tenho que recorrer à ambulância pró levar ao hospital.</i>

Institucionalizado

L1	
L2	<i>“É a directora e a funcionária que estiver”.</i>
L3	
L4	<i>“Quando tenho alguma dificuldade recorro á directora”</i>

12. O pessoal tem os meios necessários para lhe prestar ajuda?

Domicílio

D1	
D2	<i>“Não, a cama onde ela está deitada foi a que comprou o meu pai” .</i>
D3 D4	<i>“Ainda não a trouxe porque não quis , mas como eu estou a dormir na mesma cama com ele , não andei a trazer camas porque aquelas camas são individuais e ao fim é bastante o quarto mas ao fim não é coisa eu estar a por outra cama para eu estar no quarto ao pé dele e foi por isso não foi culpa deles se não trouxe foi porque”</i>

Institucionalizado

L1	<i>“Sim”</i>
L2	
L3	
L4	<i>“Têm, têm”.</i>

13. A nível de apoio social, material, actividades e médico?

Domicílio

D1	
D2	<i>“A minha mãe recebe uma reforma de duzentos e poucos euros, está com trezentos e tal com a ajuda da pensão do homem que morreu. Mesmo com esta miséria de reforma não conseguimos, que ela receba a segunda reforma . Por isso não acredito em promessas de ajudas”.</i>

D3	
D4	

Institucionalizado

L1	
L2	<i>“Até agora tem sido suficiente”.</i>
L3	
L4	<i>“Sim, Sim”</i>

14. Julga-se capaz de resolver a situação de forma eficaz?

Domicilio

D1	<i>“Sim, sim. A verdade é uma, tenho carta-branca, entre aspas, para contactar enfermeiros e médicos, mesmo fora do seu horário de trabalho, sempre que tenha uma situação urgente. Ainda há dias, a doente tirou a algália e fora do seu horário de trabalho o enfermeiro fez-me o favor de lha vir colocar portanto, nesse aspecto, sinto-me muito segura, sabendo que posso contar com a disponibilidade da equipa</i>
D2	<i>“ Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso.”</i>
D3	<i>“Até á data estou a controlar a situação”.</i>
D4	

Institucionalizado

L1	
L2	<i>“Ajudam, o que mais faço é rezar, quando vamos ás festas , cantar, e....”</i>
L3	<i>“As coisas difíceis não nas coisas normais conseguem”.</i>
L4	<i>“Sim elas são boas pessoas todas”.</i>

15. Sente que a tarefa de cuidar devia ser aliviada por alguns períodos do dia?

Domicilio

D1	<i>“Não, eu sou uma pessoa, que para descansar basta sentar-me ou sair um bocadinho para tomar um café que alivio o stress. Como trabalho durante o dia e a minha vida profissional me preenche, isto também me ajuda a atenuar a tarefa de cuidar. Quando tirei a especialização em ensino especial nunca pensei que me ia a ser tão útil no futuro para atendimento da minha mãe, porque nós apanhamos uma couraça, de defesa psicológica e interior que nos ajuda a superar algumas dificuldades perante a deficiência. Eu nunca imaginei, na minha vida, que o meu curso fosse assim uma bengala</i>
----	--

	<i>para conseguir manobrar esta situação”</i>
D2	“ Não, não, o que for preciso as minhas irmãs ajudam. Não há problema quanto a isso.”
D3	<i>Não. Também nunca foi preciso até a data. Como a vida é imprevisível logo</i>
D4	<i>se vê o que se passará.</i>

Institucionalizado

L1	“Sim, sim”.
L2	“ <i>Sim, sim</i> ”
L3	“ <i>Não sei coitaditas elas fazem o que podem, e são prestáveis</i> ”
L4	“ <i>Deviam descansar um pouco também se cansam, não é, mas elas para mim são todas boas</i> ”

16. Acha que conseguem levar a bom termo a tarefa de cuidador principal?

Domicílio

D1	
D2	
D3	
D4	

Institucionalizado

L1	
L2	
L3	“As coisas difíceis não mas as coisas normais conseguem”.
L4	“ <i>Conseguem, conseguem, são boas pessoas</i> ”.

17. Já alguma vez foi abordado ou pensou a necessidade de aliviar o cuidador /instituição ou fazer-se substituir durante um determinado período para recuperar as forças e manter o seu nível de bem-estar?

Domicílio

D1	“ <i>Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse</i> ”
D2	“ <i>Nunca me falaram nisso</i>
D3	“ <i>Não, isso nunca me disseram, Não. Também nunca foi preciso até a data.</i>
D4	<i>Como a vida é imprevisível logo se vê o que se passará.</i>

Institucionalizado

L1	“ <i>Não. os cuidadores formais tem direito a férias há horários</i> ”,
----	---

L2	
L3	
L4	<i>“Sabia disso tudo, foi-me dito quando fui ao centro de saúde pois”.</i>

- 18.** Nas idas ao Centro de Saúde ou nas visitas efectuadas por este organismo alguém lhes comunicou que tinha um serviço disponível para poder descansar durante um ou dois meses (provisório) a tarefa de cuidar vivendo no seu domicílio?

Domicílio

D1	<i>“Eu soube disso, até foi uma proposta que me fizeram, caso necessitasse. Enquanto eu tiver forças, enquanto eu estiver bem psicologicamente, que às vezes não é fácil, eu trato da minha mãe. Não é tratar da minha mãe o que mais me preocupa, mas sim que lhe volte a repetir o AVC. No fim-de-semana, que há mais sossego em casa, ela dorme muito. Às vezes está mais debilitada psicologicamente assim como qualquer pessoa.</i>
D2	<i>“ Nunca me falaram nisso, não interessa enquanto for vivo eu e o meu irmão, a minha mãe não sai daqui de casa, não há centros de saúde nem lares nem coisa nenhuma, muito mal teria que estar eu e o meu irmão para mandar a minha mãe a morrer lá fora, isso nunca ”.</i>
D3	<i>“Não, isso nunca me disseram . Então, quando o cuidador se sente muito cansado pode recorrer ao serviço de saúde para poder liberta-se durante um período de dois meses mais ou menos!</i>

Institucionalizado

L1	<i>“Torna-se extremamente cansativo para o familiar”.</i>
L2	
L3	<i>“ Não ninguém me disse nada”.</i>
L4	

- 19.** Anteriormente alguma vez pensou em institucionalização?

19.1. Sim X

Domicílio

D1	
D2	

D3 D4	<i>Não, não. Só se a saúde me faltar e que não possa aí, terá que ser, terá que se resolver a situação e da melhor maneira possível.</i>
----------	--

Institucionalizado

L1	<i>“Não”. “Sim, não chega sequer a ter conhecimento”-</i>
L2	
L3	<i>“Eu vim porque estava cá a mãe da F, a minha irmã e ela não descansou enquanto não me apanhou cá, estava sempre a pedir-me para vir para cá”.</i>
L4	<i>“Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.</i>

19.2. Não ____

Domicílio

D1	
D2	
D3 D4	

Institucionalizado

L1	
L2	
L3	
L4	

19.3. Talvez ____

Domicílio

D1	
D2	
D3 D4	

Institucionalizado

L1	
L2	
L3	
L4	

20. Quais as principais razões que o levaram a pensar na institucionalização?

Domicílio

D1	
----	--

D2	
D3	
D4	

Institucionalizado

L1	<i>“O facto de ela estar sozinha e os filhos trabalharem e não ter quem olha-se por ela em casa e a própria doença não era fácil para os filhos tê-la em casa já que não podiam estar junto dela “</i>
L2	
L3	<i>“Vim, estou muito satisfeita”.</i>
L4	<i>“Antes de vir para aqui, pensei, pensei, eu vim de livre vontade”.</i>

21. Acha que o seu familiar / próprio tem os mesmos cuidados que no domicílio/ instituição?

Domicílio

D1	<i>“A nível alimentar e de cuidados médicos faria uma selecção da instituição, numa eventual hipótese de institucionalização. Contudo, há uma coisa que é gratuita; a entrega, o carinho, penso que não há nenhuma instituição que possa substituir a família. Sabemos que se pode estar num hotel muito bem com todas as mordomias, mas não é a nossa casa, que pode ser mais humilde, mas é nossa, é-lhe familiar. Acordar à noite e ver a cara da filha, dar um ai e ver alguém que lhes é familiar e na minha ausência, quando estou na escola, tem as senhoras que ela sabe muito bem quem são, acho que isso também transmite muita segurança a ela e a mim, eu é que sei como ela está”.</i>
D2	<i>“Não, não tinha, porque nós aqui fazemos-lhe todas as vontades. Como no lar é capaz que não, não sei, digo eu, pelo menos aqui está na casinha dela Deita-se por volta das 21h. e fica caladinha até por volta das nove horas. De manhã levanta-se pelo pé dela e vai ali para a cozinha. O meu irmão já tem lá a fogueirinha acesa para lhe preparar o pequeno-almoço: se quer peixe reja-lho, se quer sardinha assa-lha, se quer vitela a mesma coisa. Há na cozinha um escano que serve de cama para ela descansar durante o dia, quando se quer deitar. ”</i>

D3	<p><i>“O Meu pai se fosse numa instituição seria difícil compreende-lo, eu compreendo - o como se ele fosse mudo. Dar-lhe de comer não é quando nós queremos é só quando ele abre a boca, às vezes está a comer e fica com a boca travada e não come. Ontem ao meio dia comeu, hoje já não comeu, só agora consegui apanhar-lhe a posição de ele abrir a boca para lhe meter a comida. Se fosse num sítio desses passava a hora e ficaria algumas vezes sem comer ou conforme calhava. Ainda ontem para lhe meter a sopa fui lá seis ou sete vezes, a boca ficava travada. Ele nunca foi biqueiro comia de tudo, mas agora são necessárias 2 horas para lhe dar de comer.</i></p>
D4	

Institucionalizado

L1	<p><i>“Não aqui na instituição”.</i></p>
L2	
OL3	
L4	<p><i>“Estar acompanhada, foi para não estar sozinha, eu ainda disse ao meu filho, então não seria melhor estar em nossa casa e ele disse, não minha mãe para estar sozinha não, porque lhe pode passar alguma coisa e ficar na cama morta porque nas aldeias já não há ninguém, e é verdade, só há velhos e pode ter alguma coisa, e eu encontro que é verdade estou mais acompanhada aqui”.</i></p>

22. Enumere diferenças entre viver no seio da família e numa instituição.

Domicílio

D1	<p><i>“ As maiores alterações que eu notei foram as percas sentidas pela minha mãe, repentinamente. Eu estava habituada a vê-la sempre activa, com um dinamismo que metia inveja, que é mesmo assim, e depois ver um quadro em casa com uma pessoa acamada! Ela foi sempre uma pessoa com muita força, dava força a ela e aos outros e, agora, vê-la ali limitada numa cama,.. não sei se respondi a sua pergunta?”</i></p> <p><i>“É que realmente isso foi o que mais mexeu comigo o que mais me... A nível</i></p>
----	--

	<i>económico não tenho problemas. A única perca neste contexto foi ver a alteração dela, que não é tão pequena como isso. Foi difícil vê-la entrar em casa numa maca e ter saído pelo pé dela para passear e visitar uma amiga. Tenho a impressão que naquela altura Deus deu-me muita força foi como se o mundo desabasse aos meus pés, sem dúvida nenhuma “</i> <i>“ Não faço favor nenhum , isto é uma torna”</i>
D2	<i>“Alterações..... não. Porque já viu a idade que tem minha mãe. Quem me dera a mim chegar á idade que ela tem. As vizinhas dizem-me a tua mãe ainda vai chegar aos cem anos. Quem vai adivinhar?”</i>
D3 D4	<i>“Podem dar a atenção que derem mas nunca podem dar o afecto que podemos dar em casa. No lar pode haver limpeza, pode haver condições habitacionais tudo, mas não se pode dar apoio apenas a uma só pessoa. Porque aí não podem aturar só uma pessoa, sei que os funcionários estão de dia e de noite. À noite mudam-lhe a fralda e não os vão vigiar até de manhã, o trabalho está feito. Não se pode dar o mesmo cuidado tendo só um ou tendo um cento deles.</i> <i>Eu também lhe mudo a fralda por volta das 11 (23h) quando me deito e está até de manhã. Se houver outros problemas a gente já o muda no meio da noite. Compreendo as coisa tal e qual como são” .</i>

Institucionalizado

L1	<i>” Está melhor na instituição”, “Na instituição tem pessoal durante 24 horas para os vigiar, enquanto na família é um bocado frustrante estar 24h/24horas junto deles”.</i>
L2	
L3	<i>“Não isso nunca, não tinha”, “Sim , há bom ambiente”; Sim a F sobretudo e as outras sobrinhas continuam a dar apoio”.</i>
L4	<i>“Se estivesse na minha casa não estava acompanhada como estou aqui , mas eu não queria mais companhia não sendo o meu marido , não queria nem quero”.</i>

Muito obrigado pela colaboração

FICHA DE AVALIAÇÃO SÉNIOR - Institucionalizados

Este questionário é realizado no âmbito da Investigação – Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança e tem como principal objectivo estudar a percepção existente a nível da família e instituição de acolhimento sobre as dificuldades sentidas no apoio ao idoso dependente / independente, as condições existentes e avaliação global a nível de saúde, económica, social, tipo de apoio.

As respostas ao questionário são anónimas e os dados obtidos serão única e exclusivamente para a realização deste trabalho académico. Agradeço a sua colaboração.

AVALIAÇÃO: ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)
QUADRO I –

Grupo etário		65-74		75-84		85-94		>95		Assinalar com X		
Independente	Grau Sexo Dependência	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Sim	Quase Sempre	Nunca
	Dependente									1		
	Atende o telefone									3		1
	Responsável pela sua própria medicação											4
	Trata dos assuntos económicos									1		3
	Independente				2		2					

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro II
Quadro III

Nível de consciência	1	2	3		Avaliação cognitiva	1	2	3
Consciente	3		1		Função Intelectual normal	2	1	1
Orientado	3				Deterioração leve	1	1	
Desorientado	1		3		Deterioração moderada			1
Confuso	1				Deterioração grave	1		
Obs.					Obs.			

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro IV

Nível de consciência - AVD	1	2	3
Deambulação Nocturna	1		3
Deambulação diurna	1		3
Orientado	3		
Desorientado			1
Obs.			

Quadro V

Avaliação motora - AVD	1	2	3
Sobe e desce escadas	3		1
Dependente	1		3
Ajuda			1
Independente	3		
Obs.			

Quadro VI

AVD- Vestir e despir	1	2	3
Independente	3		1
Necessita de ajuda parcial		2	
Necessita de ajuda total	1		3
Necessita de vestuário especial para se manter limpo	1		
Obs.			

Quadro VII

Higiene e conforto	1	2	3
Independente	3		1
Ajuda Parcial	1	1	1
Ajuda total	1		3
Ajuda total em cuidados especiais			1
Obs.			

Quadro VIII

AVD- Alimentação	1	2	3
Independente	3		1
Necessita de ajuda parcial	1		
Necessita de ajuda total	1		3
Alimentação por sonda			1
Obs.			

Quadro IX

AVD - Ventilação	1	2	3
Independente	4		
Aerosolterapia		1	3
Oxigenoterapia			4
Totalmente dependente			4
Obs.			

**CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE -
Institucionalizados**

Quadro X

Sexo	Idades do agregado familiar (cuidadores Informais /Formais)									
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90
Feminino				1	1	2				
Masculino										

Quadro XI

Grau Parentesco	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade
Conjuge					
Filha	63				
Filho	45				
Neto					
Neta					
Vizinhos					
Amigos					
SNS					
R.C.Paliativos					
Voluntários					
C. Enfer.	55				
Ap. Domic.Int					
Institucional	25-60		30-50		
Sozinho					
Obs.	Sobrinha – 55 anos				

ESCALA DE AVALIAÇÃO SOCIO FAMILIAR DE GIJÓN

Situação Familiar	Não -0	Sim - 1
1. Vive com o conjugue / família sem dependência física/ psíquica	1	
2. Vive com o conjugue com idade aproximada	1	
3. Vive com o conjugue / família apresenta grau de dependência	1	
4. Vive sozinho e tem filhos /familiares próximos		2
5. Vive só e não tem filhos	2	
Situação Económica		
1. Pensão até 250€		
2. Pensão superior a 250,00€ e inferior a 485,00 €		2
3. Pensão desde 486.00 € a 650,00 €		
4. Pensão desde 651,00 € a 800,00 €		2
5. Pensão desde 801,00 € a 1000,00 €		
Habitação		
1. Adequada as necessidades		3
2. Barreiras arquitectónicas á entrada da habitação (degrau, porta estreita)	2	1
3. Humidades, falta de higiene, equipamento não adequado	2	
4. Ausência de telefone e ascensor	2	
5. Habitação inadequada, ruínas	2	
Relações Sociais		
1. Relações sociais	1	2
2. Relações sociais só com família e vizinhos		2
3. Relações sociais com a família ou vizinhos	1	1
4. Não sai da sua habitação só recebe a família		1
5. Não sai da sua habitação não recebe visitas	1	
Apoios da rede social		
1. Com apoio social da família e vizinhos	1	2
2. Voluntariado social, apoio ao domicílio	1	
3. Não tem apoio	1	
4. Espera entrada numa instituição geriátrica	1	
5. Tem cuidados permanentes		3
Pontuação Final		
< 10 pontos : risco social baixo		
10-16 pontos: risco social intermédio		
>= 17 Pontos: risco social elevado (problema Social)		

Versão original de Gijón: Garcia –González JV, Diaz-Palacos E, Salamea A. Cabrera D. Menéndez A, Fernández A. Fernández-Sánchez Tratado de Geriatria para residentes (p. 735)

- 6 Pontos Risco social baixo

- 6 Pontos Risco Social Baixo

-5 Pontos Risco Social Baixo

- 4 Ponto Risco social Baixo – Só respondeu a 4.ª questão

(pensão) sim; Hábitos institucionais – 1 Adequada - sim; Relações sociais 1- Relações sociais(amigos, família, outras instituições) sim ; Rede de Apoio Sim, - 1- Apoio social da família e vizinhos.

FICHA DE AVALIAÇÃO SÉNIOR

Esta entrevista é realizada no âmbito da Investigação – Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança e tem como principal objectivo estudar a percepção existente a nível da família e instituição de acolhimento sobre as dificuldades sentidas no apoio ao idoso dependente / independente, as condições existentes e avaliação global a nível de saúde, económica, social, tipo de apoio.

As respostas obtidas são anónimas e os dados obtidos serão única e exclusivamente para a realização deste trabalho académico. Agradeço a sua colaboração. Obrigado pelo tempo disponibilizado.

AVALIAÇÃO: ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

1. Idade do Doente? ____ · 2. Idade Tratador Informal / Formal? ____
2. Idade em que iniciou o declínio?
3. Qual a principal razão de saúde que conduziu a debilidade?
4. Que tipo de apoio lhes presta diariamente? Alimentação, Higiene e cuidados, Locomoção,
5. Quem cuida diariamente do seu familiar?
6. Tem o apoio de algum serviço?
 - 6.1 Cuidados paliativos (SNS), serviço de enfermagem?
 - 6.2 Instituição com cuidados ao domicílio?
7. Os seus familiares ajudam nas tarefas de actividades diárias?
 - 7.1 Quem?
 - 7.2 Idade?
8. Os seus vizinhos e amigos prestam-lhe alguma ajuda?
9. Recebeu alguma formação de como cuidar e tratar as situações?
10. A quem recorre quando sente dificuldades?
11. Acha que tem os meios necessários para prestar ajuda ao seu familiar?
 - 11.1. A nível de apoio social, material e médico?
12. Julga-se capaz de resolver a situação de forma eficaz?
13. Sente que este tipo de tarefa devia ser aliviado por alguns períodos do dia?
14. Acha que consegue levar a bom termo a sua tarefa como cuidador principal?

15. Já alguma vez foi abordado ou pensou a necessidade de aliviar ou fazer-se substituir por um cuidador /instituição durante um determinado período para recuperar as forças e manter o seu nível de bem-estar?
16. Nas idas ao Centro de Saúde ou nas visitas efectuadas por este organismo alguém lhes comunicou que tinha um serviço disponível para poder descansar durante um ou dois meses (provisório) a tarefa de cuidar?
17. Já alguma vez pensou em institucionalizar o seu familiar?
- 17.1. Sim_____ 17.2. Não_____ 17.3. Talvez_____
18. Quais as principais razões que o levam a pensar na institucionalização?
19. Acha que o seu familiar iria ter os mesmos cuidados que no domicílio?

GUIÃO PARA ENTREVISTA

FICHA DE AVALIAÇÃO SÉNIOR - Domicílio

Este questionário é realizado no âmbito da Investigação – Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança e tem como principal objectivo estudar a percepção existente a nível da família e instituição de acolhimento sobre as dificuldades sentidas no apoio ao idoso dependente / independente, as condições existentes e avaliação global a nível de saúde, económica, social, tipo de apoio.

As respostas ao questionário são anónimas e os dados obtidos serão única e exclusivamente para a realização deste trabalho académico. Agradeço a sua colaboração.

AVALIAÇÃO: ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

QUADRO I –

Grupo etário		65-74		75-84		85-94		>95		Assinalar com X		
Independente	Grau Sexo Dependência	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Sim	Quase Sempre	Nunca
	Dependente			2	1		1			1		
	Atende o telefone											4
	Responsável pela sua própria medicação											4
	Trata dos assuntos económicos											4
	Independente								1			

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro II

Quadro III

Nível de consciência	1	2	3
Consciente			3
Orientado			2
Desorientado	1		1
Confuso		1	
Obs.			

Avaliação cognitiva	1	2	3
Função Intelectual normal	1	1	3
Deterioração leve	1	2	2
Deterioração moderada	2	1	
Deterioração grave			1
Obs.			

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro IV

Nível de consciência - AVD	1	2	3
Deambulação Nocturna			3
Deambulação diurna			2
Orientado	1		1
Desorientado	1		1
Obs.		1	

Quadro V

Avaliação motora - AVD	1	2	3
Sobe e desce escadas	1	1	3
Dependente	1	2	2
Ajuda	2	1	
Independente			1
Obs.			

Quadro VI

AVD- Vestir e despir	1	2	3
Independente		2	3
Necessita de ajuda parcial	1	1	
Necessita de ajuda total		1	4
Necessita de vestuário especial para se manter limpo	3		1
Obs. Fralda			

Quadro VII

Higiene e conforto	1	2	3
Independente	1	1	3
Ajuda Parcial	3	1	1
Ajuda total	3	2	1
Ajuda total em cuidados especiais	3	2	
Obs.			

Quadro VIII

AVD- Alimentação	1	2	3
Independente	3		2
Necessita de ajuda parcial	2	3	
Necessita de ajuda total	2		3
Alimentação por sonda			5
Obs.			

Quadro IX

AVD - Ventilação	1	2	3
Independente			4
Aerosolterapia	1		3
Oxigenoterapia			5
Totalmente dependente	1		5
Obs.			

CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE- Domicílio

Quadro X

Sexo	Idades do agregado familiar (cuidadores Informais /Formais)									
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90
Feminino						1				
Masculino						1	3			

Quadro XI

Grau Parentesco	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade
Conjuge																						
Filha								58														
Filho	66		67				57			71												
Neto																						
Neta																						
Vizinhos																						
Amigos																						
SNS																						
R.C.Paliativos																						
Voluntários																						
C. Enfer.																						
Ap. Domic.Int																						
Institucional																						
Sozinho																						
Obs.																						

ESCALA DE AVALIAÇÃO SOCIO FAMILIAR DE GIJÓN - Domicílio

Situação Familiar	Não -0	Sim - 1
6. Vive com o conjugue / família sem dependência física/ psíquica		3
7. Vive com o conjugue com idade aproximada	2	2
8. Vive com o conjugue / família apresenta grau de dependência	2	2
9. Vive sozinho e tem filhos /familiares próximos	4	
10. Vive só e não tem filhos	4	
Situação Económica		
6. Pensão até 250€		1
7. Pensão superior a 250,00€ e inferior a 485,00 €	1	2 - 312€/1
8. Pensão desde 486.00 € a 650,00 €		
9. Pensão desde 651,00 € a 800,00 €	1	
10.Pensão desde 801,00 € a 1000,00 €		1 -Superior
Habitação		
6. Adequada as necessidades	1	3
7. Barreiras arquitectónicas á entrada da habitação (degrau, porta estreita)		4 Degraus
8. Humidades, falta de higiene, equipamento não adequado	4	
9. Ausência de telefone e ascensor	4	
10.Habitação inadequada, ruínas	3	
Relações Sociais		
6. Relações sociais		4
7. Relações sociais só com família e vizinhos	1	3
8. Relações sociais com a família ou vizinhos	1	3
9. Não sai da sua habitação só recebe a família		5
10.Não sai da sua habitação não recebe visitas	2	2
Apoios da rede social		
6. Com apoio social da família e vizinhos		4
7. Voluntariado social, apoio ao domicílio	3	1
8. Não tem apoio	4	
9. Espera entrada numa instituição geriátrica	4	
10.Tem cuidados permanentes	1	3
Pontuação Final		
< 10 pontos : risco social baixo		
10-16 pontos: risco social intermédio		
>= 17 Pontos: risco social elevado (problema Social)		

Versão original de Gijón: Garcia –González JV, Díaz-Palacos E, Salamea A. Cabrera D. Menéndez A, Fernández A. Fernández - Sánchez; Tratado de Geriatria para residentes (p. 735)

1 Inquirido com 11 Pontos - Risco social Intermédio - Domicílio

1 Inquirido com 11 Pontos - Risco social Intermédio - Domicílio

1 Inquirido com 11 Pontos - Risco social Intermédio - Domicílio

1 Inquirido com 9 Pontos - Risco social Baixo - Domicílio

1 Inquirido com 2 Pontos - Risco social Baixo - Domicílio – Apenas respondeu ao inquérito não fez entrevista e respondeu a questão n.º 4 Situação económica (sim -1) ; N.º 4 – Relações sociais (sim-1).

FICHA DE AVALIAÇÃO SÉNIOR

Esta entrevista é realizada no âmbito da Investigação – Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança e tem como principal objectivo estudar a percepção existente a nível da família e instituição de acolhimento sobre as dificuldades sentidas no apoio ao idoso dependente / independente, as condições existentes e avaliação global a nível de saúde, económica, social, tipo de apoio.

As respostas obtidas são anónimas e os dados obtidos serão única e exclusivamente para a realização deste trabalho académico. Agradeço a sua colaboração. Obrigado pelo tempo disponibilizado.

AVALIAÇÃO: ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

1. Idade do Doente? ____ · 2. Idade Tratador Informal / Formal? ____
2. Idade em que iniciou o declínio?
3. Qual a principal razão de saúde que conduziu a debilidade?
4. Que tipo de apoio lhes presta diariamente? Alimentação, Higiene e cuidados, Locomoção,
5. Quem cuida diariamente do seu familiar?
6. Tem o apoio de algum serviço?
 - a. Cuidados paliativos (SNS), serviço de enfermagem?
 - b. Instituição com cuidados ao domicílio?
7. Os seus familiares ajudam nas tarefas de actividades diárias?
 - a. Quem?
 - b. Idade?
8. Os seus vizinhos e amigos prestam-lhe alguma ajuda?
9. Recebeu alguma formação de como cuidar e tratar as situações?
10. A quem recorre quando sente dificuldades?
11. Acha que tem os meios necessários para prestar ajuda ao seu familiar?
 - 11.2. A nível de apoio social, material e médico?
12. Julga-se capaz de resolver a situação de forma eficaz?
13. Sente que este tipo de tarefa devia ser aliviado por alguns períodos do dia?
14. Acha que consegue levar a bom termo a sua tarefa como cuidador principal?
15. Já alguma vez foi abordado ou pensou a necessidade de aliviar ou fazer-se substituir por um cuidador /instituição durante um determinado período para recuperar as forças e manter o seu nível de bem-estar?

16. Nas idas ao Centro de Saúde ou nas visitas efectuadas por este organismo alguém lhes comunicou que tinha um serviço disponível para poder descansar durante um ou dois meses (provisório) a tarefa de cuidar?
17. Já alguma vez pensou em institucionalizar o seu familiar?
- 17.1. Sim _____ 17.2. Não _____ 17.3. Talvez _____
18. Quais as principais razões que o levam a pensar na institucionalização?
19. Acha que o seu familiar iria ter os mesmos cuidados que no domicílio?

GUIÃO PARA ENTREVISTA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PESQUISA EM EDUCAÇÃO SOCIAL

“Integração Familiar ou Institucionalização”

Pretende-se com este trabalho uma pesquisa com base científica, para um trabalho curricular de mestrado em Educação Social ministrado na escola Superior de Educação de Bragança.

- O compromisso de que os dados obtidos ficam sujeitos ao anonimato das pessoas questionadas/inquiridas, cuja identificação não será divulgada.
- Principal objectivo analisar a situação de saúde física, mental, social e económica do idoso
- Dificuldades sentidas pelo idosos e sua família a nível de cuidados e disponibilidades do dia-a-dia dos cuidadores.
- Benefícios e inconveniente de ter a família como cuidador principal.
- Os apoios institucionais (serviços) são suficiente e adequados perante a situação em causa.
- Se como Idoso/ familiar já alguma vez colocou a hipótese da institucionalização
- Entrevista e questionário para fins académicos.
- Que a entrevista vai ser gravada.
- Declaro que tomei conhecimento e fui devidamente informado e aceito colaborar na recolha de dados assinando / autorizando o consentimento para poder validar e continuar a pesquisa.

Assinado em duplicado sendo um exemplar para o investigador e outro para o participante.

Grata pela atenção dispensada e pelo tempo disponibilizado.

O investigador

O Participante

Data, ____/____/____

FICHA DE AVALIAÇÃO SÉNIOR

Este questionário é realizado no âmbito da Investigação – Mestrado de Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança e tem como principal objectivo estudar a percepção existente a nível da família e instituição de acolhimento sobre as dificuldades sentidas no apoio ao idoso dependente / independente, as condições existentes e avaliação global a nível de saúde, económica, social, tipo de apoio.

As respostas ao questionário são anónimas e os dados obtidos serão única e exclusivamente para a realização deste trabalho académico. Agradeço a sua colaboração.

AVALIAÇÃO: ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

QUADRO I –

Grupo etário		65-74		75-84		85-94		>95		Assinalar com X		
Independente	Grau Sexo Dependência	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Sim	Quase Sempre	Nunca
	Dependente											
	Atende o telefone											
	Responsável pela sua própria medicação											
	Trata dos assuntos económicos											
	Independentes											

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro II

Nível de consciência	1	2	3
Consciente			
Orientado			
Desorientado			
Confuso			
Obs.			

Quadro III

Avaliação cognitiva	1	2	3
Função Intelectual normal			
Deterioração leve			
Deterioração moderada			
Deterioração grave			
Obs.			

1= Sempre; 2= Quase sempre; 3 = Nunca

Quadro IV

Nível de consciência – AVD	1	2	3
Deambulação Nocturna			
Deambulação diurna			
Orientado			
Desorientado			
Obs.			

Quadro V

Avaliação motora - AVD	1	2	3
Sobe e desce escadas			
Dependente			
Ajuda			
Independente			
Obs.			

Quadro VI

AVD- Vestir e despir	1	2	3
Independente			
Necessita de ajuda parcial			
Necessita de ajuda total			
Necessita de vestuário especial para se manter limpo			
Obs.			

Quadro VII

Higiene e conforto	1	2	3
Independente			
Ajuda Parcial			
Ajuda total			
Ajuda total em cuidados especiais			
Obs.			

Quadro VIII

AVD- Alimentação	1	2	3
Independente			
Necessita de ajuda parcial			
Necessita de ajuda total			
Alimentação por sonda			
Obs.			

Quadro IX

AVD - Ventilação	1	2	3
Independente			
Aerosolterapia			
Oxigenoterapia			
Totalmente dependente			
Obs.			

CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE

Quadro X

Sexo	Idades do agregado familiar (cuidadores Informais /Formais)									
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90
Feminino										
Masculino										

Quadro XI

Grau Parentesco	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade	Grau	Idade
Conjuge																					
Filha																					
Filho																					
Neto																					
Neta																					
Vizinhos																					
Amigos																					
SNS																					
R.C.Paliativos																					
Voluntários																					
C. Enfer.																					
Ap. Domic.Int																					
Institucional																					
Sozinho																					
Obs.																					

ESCALA DE AVALIAÇÃO SOCIO FAMILIAR DE GIJÓN – (adaptada)

Situação Familiar	Não -0	Sim - 1
11. Vivia com o conjugue / família sem dependência física/ psíquica		
12. Vivia com o conjugue com idade aproximada		
13. Vivia com o conjugue / família apresenta grau de dependência		
14. Vivia sozinho e tem filhos /familiares próximos		
15. Vivia só e não tem filhos		
Situação Económica		
11.Pensão até 250€		
12.Pensão superior a 250,00€ e inferior a 485,00 €		
13.Pensão desde 486.00 € a 650,00 €		
14.Pensão desde 651,00 € a 800,00 €		
15.Pensão desde 801,00 € a 1000,00 €		
Habitação Institucional		
11.Adequada as necessidades		
12.Barreiras arquitectónicas á entrada da habitação (degrau, porta estreita)		
13.Humidades, falta de higiene, equipamento não adequado		
14.Ausência de telefone e ascensor		
15.Habitação inadequada, ruínas		
Relações Sociais		
11.Relações sociais (Amigos, família, outras instituições, passeios)		
12.Relações sociais só com família e vizinhos, funcionários da Instituição		
13.Relações sociais com a família ou vizinhos		
14.Não sai da sua instituição só recebe a família		
15.Não sai da instituição não recebe visitas		
Apoios da rede social		
11.Com apoio social da família e vizinhos		
12.Voluntariado social, apoio ao domicílio / instituição		
13.Não tem apoio		
14.Espera entrada numa instituição geriátrica		
15.Tem cuidados permanentes		
Pontuação Final		
< 10 pontos : risco social baixo		
10-16 pontos: risco social intermédio		
>= 17 Pontos: risco social elevado (problema Social)		

Versão original de Gijón: Garcia –González JV, Díaz-Palacos E, Salamea A. Cabrera D. Menéndez A, Fernández A. Fernández-Sánchez

Tratado de Geriatria para residentes (p. 735)

ANEXO

Pedido de Autorização ao Centro de Saúde de Santa Maria Bragança
Pedido de autorização a ACES – Administração de Saúde

A mestrand

Isabel Maria Pires n.º18362

Educação Social

Escola Superior de Educação de Bragança

Campos de Sta. Apolónia – 5300 Bragança

À Directora do Centro de Saúde
Dr.ª Sílvia Costa
Centro de Saúde de Santa Maria
Av. Cidade de Leon
5 300 Bragança
Tel. 273302620 /Fax. 273302629

Bragança, 25 de Março de 2011.

Assunto: Pedido de autorização aplicar grelhas de avaliação de AVD, acompanhado de entrevista a 3 idosos / cuidador informal / cuidador formal inseridos no plano de cuidados paliativos prestados pelos serviços que V.Exa dirige.

Exma. Sr.ª

A mestrand - Isabel Maria Pires n.º 18362; do curso de Educação Social, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Bragança, no âmbito da investigação qualitativa / quantitativa da qual se pretende uma triangulação de dados relativamente aos elementos implicados nos cuidados prestados.

Venho por este meio solicitar a V.Ex.cia, autorização para facultar a aplicação de grelhas de avaliação de AVD, acompanhado de entrevista a 3 idosos / cuidador informal / cuidador formal inseridos no plano de cuidados paliativos prestados pelos serviços que V.Exa dirige.

Solicito, assim que me permitam acompanhar os técnicos nas vossas visitas ao domicílio para que, durante a vossa visita possa dar continuidade a minha investigação e obter dados que me permitam clarificar a temática “ Integração familiar ou Institucionalização”, junto daqueles que se mostrem disponíveis para colaborar.

Desde já aguardo resposta ao solicitado.

Gratas pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

A Mestranda

Ofício ACES – ARS NORTE

Cópias Ofício IPB

Cópia de Autorização